

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'AJUSTEMENT DYADIQUE, LA COMMUNICATION ET LA RÉOLUTION DE
PROBLÈMES : LA PERCEPTION DU JOUEUR DE JEUX DE HASARD ET D'ARGENT
ET DE SON PARTENAIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
PASCALE HARVEY

JUILLET 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

À la mémoire de ma mère
Judith Tremblay

REMERCIEMENTS

Cette thèse est le résultat de dix années de labeur et de réflexion qui ont parfois été teintées de déception et de découragements, mais qui se sont le plus souvent déroulées dans la joie, la fierté du dépassement de soi et les fous rires. Je garde un souvenir immuable de tout ce processus et, surtout, de toutes les personnes qui m'ont soutenue et qui ont ainsi contribué à cet accomplissement.

D'abord, je remercie Dr Gilles Trudel, mon directeur de recherche, qui m'a ouvert la porte vers ces études de troisième cycle et qui m'a offert l'opportunité de travailler sur le sujet passionnant qu'est celui du jeu pathologique. Je le remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir respecté mon désir de concilier les études, le travail et la famille. Je remercie aussi Dr Claude Bélanger et Dr Richard Boyer qui ont lu ma première ébauche et qui ont validé la pertinence de cette étude. Leurs regards bienveillants et rigoureux m'ont donné confiance en mon projet et m'ont orientée vers des pistes intéressantes à explorer. Dans le même sens, je remercie les membres de mon comité de thèse pour leur temps et leur rigueur dans l'étape déterminante qu'est l'évaluation de ce projet doctoral. Leurs réflexions et leurs commentaires auront certainement contribué à approfondir ma propre réflexion et à améliorer ce manuscrit. J'exprime aussi une grande reconnaissance envers le Dr Jean Bégin qui, comme statisticien d'expérience, a su m'aider à rendre clair et intéressant le monde de la statistique. Il a été pour moi un pédagogue rassurant et il ne fait nul doute qu'il m'a permis de respecter la rigueur scientifique que demande une thèse doctorale. Bien entendu, je m'en voudrais de passer sous silence le travail acharné des nombreux bénévoles du laboratoire qui a permis d'assurer un bon roulement, tant dans les périodes intenses de recrutement que dans l'entrée des données. Un merci spécial aussi à mon amie et réviseuse linguistique, Félicia Pivin, qui a accordé du temps à la lecture de ce travail. Ses commentaires et ses corrections m'ont amenée à peaufiner la forme afin de faire de ce manuscrit un document de qualité.

Un élément clé de ce parcours doctoral est sans aucun doute la rencontre de personnes exceptionnelles et le développement de belles amitiés. En ce sens, je remercie Geneviève Pilon

qui, dès les premières heures de ce doctorat, a été significative pour moi. Elle a aidé la Saguenéenne en moi à découvrir et à apprécier les merveilles de la « grande ville ». Je garderai toujours en tête le plaisir de travailler avec elle, les nombreux fous rires et les heures de magasinage sur la rue St-Denis à parler du doctorat et de ses défis. Dans le même sens, je garderai en tête les soirées de filles, avec Geneviève Beaudoin, Geneviève Paradis et Tina Landry qui ont été des moments magiques. Je souligne aussi mon amitié avec Virginie Fréchette, une personne au grand cœur, qui est un plus dans ma vie. Ces moments passés avec chacune d'elles ont grandement favorisé mon intégration et mon plaisir de vivre à Montréal.

Je tiens encore à remercier Tina Landry pour sa bienveillance à mon endroit. Elle m'a supportée et guidée étroitement pendant tout ce processus, tant sur le plan personnel que professionnel. J'apprécie sincèrement son regard constructif et sa disponibilité qui ont eu, sans aucun doute, un impact majeur dans la qualité de ma réflexion scientifique. Je veux aussi remercier mes deux âmes-sœurs, Marie-Ève Morissette et Alisson Poirier-Arbour. Le lien fort et puissant qui m'unit à chacune d'elles est des plus précieux pour moi. Je partage avec elles, quelque chose de beaucoup plus profond que la passion commune que nous avons pour notre métier de psychologue. Concernant Marie-Ève, je suis fière que nous ayons pu conserver notre amitié à travers les nombreuses années et que nous ayons toujours pu nous retrouver malgré la distance. Je garderai toujours en tête les deux semaines de rédaction que nous avons partagées ensemble, chacune à travailler d'arrache-pied, tout en nous permettant des périodes de répit des plus divertissantes et bénéfiques. Ce fut un moment chéri dans mon parcours et je suis heureuse de l'avoir vécu avec elle. Pour ce qui est d'Alisson, je suis fière de l'équipe que nous avons formée pendant le doctorat, toujours en partageant le même objectif qui était de faire de cette étude une réussite. J'aurai toujours en mémoire la créativité dont nous avons fait preuve pour compléter les différentes étapes de ce projet. Sincèrement, elle a été un pilier majeur dans ce parcours. Sa force et sa détermination m'ont grandement inspirée à poursuivre ma propre démarche. Notre amitié, empreinte de respect, de complicité et de confiance mutuelle est sans aucune hésitation l'une des plus belles choses que ce parcours doctoral m'a apportées.

Bien entendu, sans ma famille, je n'aurais jamais pu accéder à ce privilège de réaliser un doctorat. Effectivement, je remercie mes parents de m'avoir enseigné ce qu'est la

persévérance qui, à mon avis, est l'ingrédient principal de ce parcours. D'abord ma mère qui, même dans la maladie, a fait preuve d'un courage et d'une persévérance exemplaires face à la vie et qui m'a grandement inspirée dans la poursuite de ce parcours. Dans les moments de grand découragement, j'allais puiser en elle cette force pour me relever et continuer. Je lui suis reconnaissante aussi d'avoir su préparer son départ et de m'avoir permis de m'engager envers elle à terminer ce doctorat. Cette promesse que je lui ai faite a été un moteur important dans la poursuite de ce parcours. Je remercie aussi ma tante Pauline qui, par ses appels téléphoniques réguliers, a joué un rôle actif dans la réalisation de mon deuil. En bonne marraine, elle m'a écoutée, encouragée et m'a rappelé que je n'étais pas seule et que j'avais la force de continuer. Un merci spécial à mon frère, Kevin, et à sa conjointe, Mélanie, que j'ai toujours sentis supportants, mais surtout, qui ont toujours été prêts à m'accueillir chez eux, motivés à l'idée de me faciliter la vie dans les derniers milles de rédaction. Merci aussi de me faire confiance et de me permettre d'avoir un lien privilégié avec votre belle et précieuse Marianne.

Enfin, je remercie les trois hommes de ma vie, mon père, mon conjoint et son fils Dominic d'être si bienveillants à mon endroit. Mon père, Régis, mon pilier, toujours prêt à me rendre service, à me sécuriser lorsque je doute et qui m'a émue dans l'accompagnement inconditionnel et empreint d'amour à ma mère pendant toutes ces années. La fierté qu'il éprouve envers moi, qui paraît depuis toujours dans ses gestes et paroles, m'amène à toujours vouloir me dépasser. Mon père est pour moi un autre modèle de persévérance qui m'a fortement inspirée dans la poursuite de ce projet doctoral. Je remercie aussi mon petit Dominic, déjà tellement sensible à l'autre du haut de ses douze ans, qui a été compréhensif lorsque j'étais prise à rédiger cette thèse et que je ne pouvais l'accompagner dans certaines activités. Finalement, je suis extrêmement reconnaissante envers mon conjoint de toujours, Yan, qui partage ma vie depuis le tout début et qui a toujours accepté mon statut d'étudiant avec tous les sacrifices que cela comporte. Il a été pour moi un appui majeur, tant par son amour et sa solidarité que par sa grande capacité à me faciliter la vie pendant toute la durée de ce parcours. Grâce à lui, j'ai pu profiter de ces dix dernières années sans trop de sacrifices. Il m'apporte aussi le sentiment que je peux réussir ma vie personnelle et j'ai maintenant la conviction que le vide post thèse ne sera pas si grand.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES.....	xiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xv
RÉSUMÉ.....	xvi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
JEUX DE HASARD ET D'ARGENT ET TYPES DE JOUEURS	3
1.1 Définition et classification	3
1.2 Description des différents instruments et prévalence	7
1.3 Comorbidité	10
1.4 Traitement.....	11
1.4.1 Raisons menant au traitement.....	11
1.4.2 Description et efficacité.....	12
CHAPITRE II	
JEU PATHOLOGIQUE ET RELATION CONJUGALE.....	16
2.1 La perception du partenaire non joueur	16
2.2 La perception du joueur	19
2.3 Conséquences sur la relation conjugale.....	22

CHAPITRE III

JEU PATHOLOGIQUE ET PERSONNES ÂGÉES	31
3.1 Prévalence.....	32
3.2 Description et comorbidité.....	33
3.3 Modèle théorique et position du problème	36
3.4 Objectifs et hypothèses de recherche.....	41

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE.....	43
4.1 Participants	43
4.1.1 Recrutement.....	43
4.1.2 Critères d'inclusion	46
4.1.3 Échantillon final.....	46
4.2 Instruments de mesures	47
4.2.1 Critères d'inclusion	47
4.2.2 Données sur les habitudes de jeu	47
4.2.3 Données sociodémographiques et descriptives.....	49
4.2.4 Variables dépendantes.....	51
4.3 Procédure	53

CHAPITRE V

RÉSULTATS.....	55
5.1 Devis de recherche.....	55

5.2 Plan d'analyse des données.....	56
5.3 Présentation des analyses statistiques effectuées	56
5.3.1 Étape préliminaire : établissement du nombre de participants et vérification des postulats	56
5.3.2 Échantillonnage stratifié.....	58
5.3.3 Matrices de corrélation.....	58
5.3.4 Différence entre les groupes sur les variables mesurant la comorbidité possible	59
5.4 Résultats pour chaque hypothèse	60
5.4.1 Données sociodémographiques pour la première série d'hypothèses (1a, 1b et 1c)	60
5.4.2 Liens entre le jeu pathologique et les variables de la vie conjugale.....	63
5.4.3 Données sociodémographiques pour la deuxième série d'hypothèses (2a, 2b et 2c)	69
5.4.4 Liens entre le jeu pathologique, l'âge et les variables de la vie conjugale	71
CHAPITRE VI	
DISCUSSION.....	75
6.1 Mise en contexte de la recherche doctorale	75
6.1.1 Jeu pathologique et dimension conjugale.....	75
6.1.2 Jeu pathologique et personnes âgées	76
6.2 Objectifs, principaux résultats et leur interprétation	77
6.2.1 Jeu pathologique et fonctionnement conjugal.....	77
6.2.2 Joueurs âgés et vie conjugale.....	81

6.3 Limites méthodologiques et pistes de recherches futures.....	83
6.4 Contributions scientifiques de cette thèse.....	85
CONCLUSION.....	89
APPENDICE A	
DOUZE ÉTAPES SERVANT DE GUIDE AU RÉTABLISSEMENT DU JOUEUR SELON LE MOUVEMENT DES GAMBLERS ANONYMES (GA)	90
APPENDICE B	
DIFFÉRENTS PROTOCOLES/CANEVAS UTILISÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE POUR CHAQUE ÉTAPE, DU RECRUTEMENT À LA COLLECTE DE DONNÉES)	92
Promotion du projet auprès du Centre Dollard-Cormier	93
Entrevues In Vivo : Couple et jeux de hasard	99
APPENDICE C	
ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE	101
APPENDICE D	
QUESTIONNAIRES SUR LES HABITUDES ET LE NIVEAU DE JEU	108
APPENDICE E	
ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES POUR LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET DESCRIPTIVES	126
SECTION A : SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.....	135

SECTION B : DONNÉES SUR LA RELATION CONJUGALE ET LES HABITUDES DE JEU	137
SECTION A : SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.....	144
SECTION B : DONNÉES SUR LA RELATION CONJUGALE ET LES HABITUDES DE JEU	146
APPENDICE F	
QUESTIONNAIRES MESURANT LES VARIABLES DÉPENDANTES.....	159
APPENDICE G	
CERTIFICATS D'APPROBATION DES COMITÉS D'ÉTHIQUE.....	170
APPENDICE H	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	174
APPENDICE I	
LISTE DE RESSOURCES REMISE AUX PARTICIPANTS DANS LE BESOIN.....	183
APPENDICE J	
TABLEAUX DES CORRÉLATIONS VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET VARIABLES DÉPENDANTES	185
RÉFÉRENCES	191

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1	Caractéristiques et limites pour le SOGS, l'ICJE et le DSM-IV	8
Tableau 2.1	Recension des études qui s'intéressent au lien entre le jeu pathologique et la relation conjugale.....	26
Tableau 3.1	L'étude actuelle palie les lacunes méthodologiques trouvées	40
Tableau 5.1	Répartition initiale de l'échantillon selon le niveau de jeu et l'âge	55
Tableau 5.2	Répartition de l'échantillon final selon le niveau de jeu et l'âge	57
Tableau 5.3	Intercorrélation des variables dépendantes pour l'échantillon	59
Tableau 5.4	Moyennes et écarts-types des couples du groupe joueurs versus non-joueurs pour chaque variable mesurant la comorbidité possible	60
Tableau 5.5	Données sociodémographiques et descriptives joueurs versus non-joueurs	63
Tableau 5.6	Moyennes et écarts-types du groupe joueurs versus non-joueurs pour chaque variable conjugale	64
Tableau 5.7	Moyennes et écarts-types de la condition <i>joueur</i> ou <i>participant</i> versus la condition <i>partenaire</i> pour chaque variable conjugale.....	65
Tableau 5.8	Moyennes et écarts-types selon le groupe et la condition pour chaque variable conjugale.....	65
Tableau 5.9	Résultats des analyses de variances multivariées et univariées pour l'effet du groupe sur les variables conjugales.....	69
Tableau 5.10	Données sociodémographiques et descriptives joueurs 18-54 ans versus joueurs 55-75 ans	72
Tableau 5.11	Moyennes et écarts-types de la condition joueurs versus partenaire du groupe joueurs pour chaque variable conjugale.....	72
Tableau 5.12	Moyennes et écarts-types du groupe joueurs âgé de 18-54 ans versus 55-75 ans pour chaque variable conjugale.....	68

Tableau 5.13	Moyennes et écarts-types selon le groupe d'âge et la condition pour chaque variable conjugale	68
Tableau 5.14	Résultats des analyses de variances multivariées et univariées pour l'effet de l'âge sur les variables conjugales.....	74
Tableau J.1	Corrélations des variables sociodémographiques et des variables dépendantes pour la condition joueur/participant	186
Tableau J.2	Corrélations des variables sociodémographiques et des variables dépendantes pour la condition partenaire	187

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1	Lien bidirectionnel entre les troubles psychologiques et la détresse conjugale.....	37
Figure 3.2	Modèle Génération du stress de la détresse conjugale.....	38
Figure 3.3	Modèle de la détresse conjugale de la dépression.....	39
Figure 6.1	Adaptation du modèle Génération du stress de la détresse conjugale au problème de jeu.....	86

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AA	Alcooliques Anonymes
ALV	Appareil de loterie vidéo
ANOVA	Analyses univariées
BDI-II	Inventaire de dépression de Beck, deuxième édition
B-MAST	Michigan alcoholism screening test
CERT	Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie
CIER	Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
ÉAD	Échelle d'ajustement dyadique
FQRSC	Fonds Québécois de recherche sur la société et la culture
GA	Gamblers Anonymes
JHA	Jeux de hasard et d'argent
IPAT	Échelle d'anxiété IPAT
IRP	Inventaire de résolution de problèmes
N/A	Ne s'applique pas
NORC	National Opinion Research Center
QCI	Questionnaire sur la communication interpersonnelle
QCI – SA	Questionnaire sur la communication interpersonnelle, échelle <i>sa fréquence</i>
QCI – VF	Questionnaire sur la communication interpersonnelle, échelle <i>votre fréquence</i>
SOGS	South Oaks Gambling Screen
TCB	Thérapie de couple behaviorale
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UQAM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Problématique : Le lien entre le jeu pathologique et le fonctionnement conjugal n'est pas documenté de façon rigoureuse dans les écrits scientifiques. Ces études sont principalement descriptives et résultent en grande partie d'observations cliniques. Elles documentent que partiellement le fonctionnement conjugal en rapportant principalement des conséquences pour la vie de couple sans cibler les variables propres au fonctionnement conjugal qui pourraient être traitées par la thérapie de couple comportementale (TCB). Enfin, la forte majorité des études n'utilisent pas de groupe témoin pour comparer les résultats obtenus. Par ailleurs, bien que le jeu chez les aînés prenne de plus en plus de place, les conséquences du jeu pathologique dans ce groupe d'âge sont peu documentées. **Objectifs :** Cette étude palie les lacunes méthodologiques actuellement trouvées dans les écrits en étudiant, à l'aide d'instruments standardisés et d'un groupe témoin, le lien entre le jeu problématique/pathologique et la communication interpersonnelle, la résolution de problèmes et l'ajustement dyadique. Un deuxième et dernier objectif consiste à étudier ces variables conjugales chez les joueurs âgés. **Méthodologie :** Il s'agit d'une étude corrélacionnelle dans laquelle 107 couples répondent à des questionnaires auto-administrés et à une entrevue *in vivo*. Le SOGS et l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique basée sur les critères du DSM-IV permettent de déterminer le niveau de jeu. Le premier objectif concerne 67 joueurs et 40 non-joueurs tandis que le deuxième objectif concerne 41 joueurs de 18-54 ans et 26 joueurs de plus de 55 ans. **Résultats :** Les analyses multivariées à mesures répétées suggèrent que les joueurs présentent de moins bonnes habiletés de communication, de moins bonnes habiletés de résolution de problèmes et un plus faible ajustement dyadique comparés aux non-joueurs. Cependant, les résultats ne permettent pas de conclure que les joueurs âgés ont un fonctionnement conjugal significativement moins bon que les joueurs plus jeunes. **Conclusions :** Le développement d'une TCB propre aux joueurs semble approprié. Rien n'indique, pour le moment, que cette TCB doit être différemment adaptée pour les joueurs plus âgés. Compte tenu de la détresse que peut présenter le partenaire non-joueur, il est discuté que la TCB devrait traiter le partenaire comme un patient et non comme un cothérapeute. De futures recherches devraient s'intéresser à la place que peut prendre le partenaire dans le traitement complexe de cette problématique.

Mots clés : joueur pathologique, joueur problématique, couples, communication, résolution de problèmes, ajustement dyadique, personnes âgées, partenaire.

INTRODUCTION

Les jeux de hasard et d'argent sont devenus plus accessibles au cours des dernières décennies. Au Québec, par exemple, l'offre de jeu n'a cessé d'augmenter depuis l'ouverture du premier casino à Montréal en 1993 (Chevalier et Papineau, 2007). Depuis, plusieurs salons de jeu et trois autres casinos ont été inaugurés, dont, récemment, celui très controversé à Mont-Tremblant (2009). Bien que cette industrie du jeu rapporte des millions de dollars aux contribuables québécois, elle engendre aussi des coûts sociaux importants. À titre d'exemple, des données indiquent que l'état doit verser de 18 000 \$ à 56 000 \$ par année pour chaque joueur pathologique québécois (Castonguay, 2004). Considérant l'ampleur de ces coûts sociaux, il paraît pertinent d'étudier les problèmes associés aux jeux de hasard et d'argent afin de mieux comprendre, prévenir et intervenir.

Le jeu pathologique est sans doute le problème le plus connu associé aux jeux de hasard et d'argent. Cette pathologie est évidemment liée à d'autres difficultés, notamment financières, sociales et familiales/conjugales (Chevalier et Papineau, 2007). Bien que les conséquences psychosociales, voire conjugales, fassent partie des critères diagnostiques du jeu pathologique (American Psychiatric Association, 2000), très peu d'études ont vérifié les liens entre le jeu pathologique et les variables du fonctionnement conjugal. Pourtant, mieux comprendre le fonctionnement conjugal de ces couples est essentiel afin de leur offrir un traitement adapté. En ce sens, les thérapies de couple comportementales, bien qu'efficaces pour d'autres pathologies, sont peu élaborées pour le traitement du jeu pathologique, car les études ne ciblent pas spécifiquement les variables conjugales affectées par ce problème, mais décrivent plutôt les conséquences de ce problème sur la vie de couple (par ex., séparation, divorce). D'ailleurs, certains auteurs reconnaissent que les thérapeutes conjugaux manquent d'informations sur le fonctionnement conjugal pour intervenir d'une façon optimale auprès de cette clientèle aux prises avec le jeu (McComb, Lee et Sprenkle, 2009). Une connaissance plus approfondie des relations conjugales chez les joueurs pathologiques pourrait permettre de

documenter l'importance d'inclure le partenaire et surtout, de cibler quelles variables du fonctionnement conjugal sont les plus importantes à travailler lors d'une thérapie de couple afin de mieux intervenir.

Cette thèse doctorale s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste, financé par les Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), dont l'objectif est d'établir des liens entre la santé, le fonctionnement conjugal et sexuel des couples aux prises avec un problème de jeu. Cette thèse doctorale a un devis corrélationnel et vise particulièrement deux objectifs. Le premier objectif est de pallier certaines lacunes méthodologiques trouvées dans les écrits actuels qui documentent le lien entre le jeu et le fonctionnement conjugal. Plus spécifiquement, cette thèse étudie la communication interpersonnelle, la résolution de problèmes et l'ajustement dyadique chez des couples dont au moins un des conjoints présente un problème de jeu. Le deuxième objectif est d'étudier ces mêmes variables conjugales chez des couples de joueurs âgés de plus de 55 ans, un groupe d'âge particulièrement sollicité et séduit par le jeu de hasard et d'argent et pourtant peu étudié.

Le document est structuré en six chapitres : 1- une mise en contexte de la problématique concernant les jeux de hasard et d'argent, 2- une recension des écrits examinant le jeu pathologique et la relation conjugale, 3- une recension des écrits concernant le jeu pathologique et l'âge, suivie de l'explication des objectifs et des hypothèses de cette thèse, 4- une description de la démarche méthodologique, 5- l'exposition des analyses et des résultats obtenus et 6- une discussion visant l'interprétation des résultats, suivie d'une brève conclusion.

CHAPITRE I

JEUX DE HASARD ET D'ARGENT ET TYPES DE JOUEURS

1.1 Définition et classification

Participer à des jeux de hasard et d'argent (JHA) consiste à miser de l'argent ou un objet de valeur. Ces types de jeu impliquent que la mise est irréversible et que l'issue du jeu repose en grande partie sur le hasard (Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet, 2000a). Bien que la majorité des joueurs demeureront des joueurs récréatifs et ne développeront pas de difficulté liée à la participation aux JHA, d'autres développeront une forme de jeu dit « problématique » ou « pathologique ».

Le joueur pathologique présente la forme la plus sévère de jeu associée au JHA. Le jeu pathologique a été reconnu comme un trouble mental par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) dans sa troisième version (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980). Ce manuel apparaît comme une référence importante dans le domaine de la psychiatrie en Amérique du Nord. C'est à partir de la quatrième version (DSM-IV) que les critères diagnostiques du DSM sont choisis et élaborés non seulement par un consensus d'experts, mais également et principalement à l'aide de données empiriques (American Psychiatric Association, 1994). Le jeu pathologique paraît dans le DSM-IV sous la classification des *troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs* (American Psychiatric Association, 1994), alors considéré comme ayant des caractéristiques similaires à la kleptomanie, la trichotillomanie, la pyromanie ou le trouble explosif intermittent. Bien que les critères diagnostiques du DSM-IV sont jugés fiables et valides (Stinchfield, 2003), cette classification du jeu pathologique est toutefois controversée. En effet, plusieurs auteurs ont

montré des similarités entre le jeu pathologique et les dépendances (Elia et Jacobs, 1993; Lesieur et Blume, 1993; Petry, 2005; 2006; Toce-Gerstein, Gerstein et Volberg, 2003). Plus spécifiquement, Petry (2006) identifie que la *préoccupation* pour la « substance » et le *manque* ressenti lorsqu'il est impossible de l'utiliser sont des caractéristiques présentes tant chez le joueur pathologique que chez le dépendant à une substance. En ce sens, la catégorie diagnostique du jeu pathologique a été révisée et paraît maintenant dans celle des *troubles liés à l'abus de substances et dépendances* dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Le jeu pathologique est actuellement défini par le DSM-5 (paru en 2013) selon deux critères diagnostiques principaux. Un critère diagnostique spécifie que le comportement de jouer ne doit pas être mieux expliqué par la présence d'un épisode maniaque et un autre précise que la pratique du jeu est inadaptée, persistante et récurrente, identifiable par *au moins quatre* des critères suivants dans les 12 derniers mois : (1) un besoin de jouer avec des sommes d'argent grandissantes afin d'atteindre l'état d'excitation souhaité; (2) de l'agitation ou de l'irritabilité lors de tentatives de diminution ou d'arrêt de jeu; (3) des efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, diminuer ou arrêter la pratique du jeu; (4) la préoccupation pour le jeu (p. ex., le rappel des expériences de jeu passées amène des préoccupations ou, encore, l'individu est à la recherche de moyens pour se procurer de l'argent pour jouer); (5) la pratique du jeu s'accompagne d'un sentiment de détresse (impuissance, culpabilité, anxiété, déprime); (6) le retour au jeu afin de recouvrer les pertes dues au jeu; (7) des mensonges pour cacher l'ampleur réelle des habitudes de jeu; (8) la perte ou la mise en danger d'une relation affective importante, une possibilité d'emploi, d'études ou de carrière liée à la pratique du jeu; et (9) compter sur autrui pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières difficiles dues à la pratique du jeu. Bien que trois critères sur neuf (critères 7, 8 et 9) montrent des conséquences psychosociales, voire conjugales pour le joueur, peu d'études se sont penchées sur la nature des conséquences conjugales (American Psychiatric Association, 2013).

Cette nouvelle définition du jeu pathologique selon le DSM-5 diffère de celle du DSM-IV sur quelques points. En effet, le critère portant sur la fraude et la falsification a été retiré puisqu'il semble que ces comportements soient peu liés au jeu pathologique. Supprimer ce critère aurait peu, voire pas d'influence sur la prévalence du jeu pathologique. Ainsi, la variété de critères pour identifier une pratique de jeu inadaptée est passée de dix à neuf. De plus, le nombre de critères nécessaire au diagnostic a été révisé à la baisse (passant de cinq à quatre critères sur neuf) puisque des études empiriques ont montré que certains joueurs, actuellement considérés sous-cliniques, présentent des comportements de jeu similaires aux joueurs pathologiques et qu'ils peuvent donc présenter cette forme la plus sévère de jeu (Cox, Kwong, Michaud et Enns, 2000; Stinchfield, 2003; Stinchfield, Govoni et Frisch, 2005).

Le DSM-5 propose de spécifier la sévérité du joueur pathologique selon le nombre de critères auxquels il correspond. Ainsi, s'il correspond à quatre ou cinq critères, le joueur pathologique est considéré comme ayant un problème léger, alors que s'il correspond à six ou sept critères le problème paraît modéré. Le problème de jeu paraît toutefois sévère lorsque le joueur pathologique présente huit ou neuf critères. Cette précision quant à l'intensité du problème de jeu est suggérée par le DSM-5 lorsque le jeu pathologique est diagnostiqué. Aucune des versions du DSM ne propose de classification pour les joueurs sous-cliniques (moins de cinq critères sur dix pour le DSM-IV et moins de quatre critères sur neuf pour le DSM-5). Cependant, certains auteurs ont classifié les différents types de joueurs avec plus de spécificité et suggèrent un continuum de sévérité pour expliquer le niveau de participation aux JHA et les difficultés qui peuvent en découler (Petry, 2005; Shaffer, Hall et Vander Bilt, 1999; Volberg, 1994). Bien que les auteurs utilisent parfois une nomenclature par sévérité du jeu (variant de 0 à 3, où 3 est le niveau de jeu le plus sévère) ou encore par type de joueurs (non-joueur, joueur récréatif/social, problématique et pathologique), ce sont les comportements et la détresse associés à la pratique du jeu qui permettent de départager les différents types de joueur (Petry, 2005). En plus d'avoir été utilisée dans plusieurs études de prévalence rigoureuses, l'appellation par type de joueurs est préconisée par les cliniciens et est donc celle qui est retenue dans cette thèse. Les différentes nomenclatures se présentent comme telles :

Non-joueur

Un non-joueur n'a jamais participé à des JHA. L'individu n'a donc jamais joué à la loterie, n'a jamais parié à un événement sportif et n'a jamais joué à un appareil de loterie vidéo (ALV).

Joueur récréatif/social

Ce type de joueur est celui le plus retrouvé dans la population générale (voir section prévalence). Alors que le joueur récréatif s'adonne aux JHA, il ne présente aucune difficulté liée à cette pratique. La participation à des JHA peut varier quant à sa fréquence et au montant misé. Un joueur récréatif peut, par exemple, acheter de la loterie et jouer aux ALV à l'occasion, tandis qu'un autre joueur misera régulièrement à un pari sportif. Le joueur récréatif est capable de ne pas jouer ou encore d'arrêter de miser lorsque les pertes augmentent. Ce joueur ne ressent pas de culpabilité d'avoir misé ou peut ressentir une certaine culpabilité qui sera transitoire. Bref, la participation aux JHA n'interfère pas dans la vie du joueur récréatif (Petry, 2006).

Joueur problématique

Ce joueur est à risque de développer un jeu pathologique. Sa participation aux JHA occasionne certaines difficultés, dont se sentir coupable d'aller jouer, miser plus d'argent que souhaité ou encore emprunter de l'argent pour jouer. Le joueur problématique se reconnaît dans quelques critères définissant le jeu pathologique, mais ne consulte pas précisément de centre d'aide pour joueurs.

Joueur pathologique

Le joueur pathologique remplit tous les critères du jeu pathologique défini par le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Il s'adonne régulièrement aux JHA et joue principalement aux ALV.

1.2 Description des différents instruments et prévalence

Il est important de souligner que le taux de prévalence rapporté du jeu pathologique varie selon le type d'instrument utilisé pour le définir et le diagnostiquer. Les études de prévalence utilisent particulièrement trois types d'instrument. Le South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lessieur et Blume, 1987) et l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) (Ferris et Wynne, 2001) auraient tendance à surestimer le nombre de joueurs pathologiques, contrairement à l'entrevue clinique faite par un clinicien en se basant sur le DSM-IV (Ladouceur et al., 2004a; Petry, 2006; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell et Parker, 2001). En ce sens, le questionnaire utilisant les critères du DSM-IV serait plus conservateur. Afin de répondre à cette lacune, les prochaines études de prévalence pourraient utiliser ces instruments de façon complémentaire plutôt que de façon individuelle ou comparative. Le Tableau 1.1 montre quelques caractéristiques pour chacun de ces instruments.

Tableau 1.1
Caractéristiques et limites pour le SOGS, l'ICJE et le DSM-IV

Instruments	Caractéristiques	Limites
SOGS (Lessieur et Blume, 1987)	20 items basés sur critères du DSM-III; mesure « à vie » et « 12 derniers mois »; trois catégories de joueurs : joueur non problématique, joueur à risque et pathologique probable; version française et version téléphonique disponibles; validé sur un échantillon clinique.	Surestimerait le taux de joueurs pathologiques.
ICJE (Ferris et Wynne, 2001)	14 items, dont 9 utilisés pour le score total; quatre catégories de joueurs : sans problèmes, faible risque, risque modéré et joueur excessif; version française et version téléphonique disponibles; validé sur un échantillon de la population générale; corrélation élevée avec SOGS et DSM-IV (0,83 pour les deux) ^a .	Surestimerait le taux de joueurs pathologiques; pas de mesure « à vie » dans la version originale ^b .
Entrevue/questionnaire DSM-IV (Ladouceur et al., 2000)	10 items basés sur critères du DSM-IV; joueur pathologique à 5 critères et plus, validé sur un échantillon clinique.	Ne permet pas de départager différents types de joueur.

1.3 ^aFerris et Wynne, 2001; ^bMcCready et Adlaf, 2006.

Au Québec, une étude de prévalence menée en 2009 auprès de 11 888 répondants de la population générale à l'aide de l'ICJE montre que 86,3 % de la population générale rapporte une participation à vie aux JHA (Enquête ENHJEU-Québec, 2010). Selon cette enquête, les cinq activités de jeux les plus populaires auprès des Québécois sont les loteries (toutes les loteries, tirages et levées de fonds confondus) (65,2 %), les machines à sous (10,1 %), le poker (4,7 %), le bingo (4,6 %) et les ALV (4,6 %). De plus, 10,4 % des Québécois ont déjà parié ou dépensé de l'argent dans un casino au Québec ou ailleurs (Enquête ENHJEU-Québec, 2010).

La prévalence à vie du jeu pathologique varie de 1 % à 2 % de la population adulte américaine et canadienne (évaluée avec DSM-IV et SOGS) (American Psychiatric Association, 1994; Shaffer et al., 1997; 1999; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell et Parker, 2002). Au Québec, la prévalence du jeu pathologique est stable depuis plusieurs années. En effet, les trois dernières études provinciales rapportent des taux de prévalence dans les 12 derniers mois de 1 % en 1996 (évalué avec SOGS) (Ladouceur, 1996), de 0,8 % en 2002 (évalué avec ICJE et SOGS) (Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sévigny, Hamel et Allard, 2004a) et de 0,7 % en 2009 (évalué avec ICJE) (Enquête ENHJEU-Québec, 2010). Le taux de prévalence de joueurs problématiques est également stable : 1,4 % en 1996 (évalué avec SOGS), 0,9 % en 2002 (évalué avec ICJE et SOGS) et 1,3 % en 2009 (évalué avec ICJE).

De manière générale, les joueurs pathologiques sont surtout des hommes célibataires moins scolarisés et avec un revenu inférieur à la moyenne (American Psychiatric Association, 1994; Enquête ENHJEU-Québec, 2010; Ladouceur et al., 2004a). Une étude menée par Ladouceur et al., (2004a) en 2002 rapporte que ce sont les Québécois âgés de 35 à 44 ans qui présentent le plus haut taux de joueurs pathologiques (31 %). Les Québécois de ce sous-groupe spécifique sont surtout des hommes (69 %) célibataires (36 %) avec une scolarité de niveau secondaire complétée (68 %) et un revenu annuel de moins de 40 000 \$ (61 %). De leur côté, les joueurs problématiques sont plus jeunes, âgés de 18 à 24 ans (26 %). Par ailleurs, les personnes de 55 ans et plus présentent le plus haut taux de joueurs récréatifs/sociaux (27 %) et le plus faible taux de joueurs pathologiques (13 %) (Ladouceur et al., 2004a).

1.3 Comorbidité

Le jeu pathologique est souvent associé à un autre diagnostic psychiatrique (American Psychiatric Association, 1994; Crockford et El-Guebaly, 1998; Kessler et al., 2008; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson et Marcotte, 1996). Une étude menée dans la population générale par Kessler et al. (2008) rapporte notamment que 96,3 % des joueurs pathologiques (prévalence à vie) ont déjà présenté ou présentent un autre diagnostic psychiatrique. Les troubles de personnalité antisociale (29 %) et narcissique (15 %) sont les troubles de personnalité les plus liés au jeu pathologique (Pelletier, Ladouceur et Rhéaume, 2008). Une méta-analyse récente portant sur la comorbidité associée aux joueurs à risques ou pathologiques de la population générale rapporte que la dépendance à la nicotine (60,1 %), l'abus de substance (57,5 %), les troubles de l'humeur (37,9 %) et les troubles anxieux (37,4 %) sont les principales morbidités des joueurs pathologiques (Lorains, Cowlishaw et Thomas, 2011). D'autres études menées auprès d'une population clinique rapportent des taux de comorbidité élevés pour le trouble de dépression majeure (33 % à 76 %) (McCormick, Russo, Ramirez et Taber, 1984; Ramirez, McCormick, Russo et Taber, 1983; Taber, McCormick, Russo, Adkins et Ramirez, 1987). Ce lien entre le jeu pathologique et la dépression est clairement démontré par un bon nombre d'études (Poirier-Arbour, Trudel, Boyer, Harvey et Goldfarb, sous presse). À la suite d'une recension des écrits scientifiques, O'Brien (2011) arrive même à la conclusion que la dépression est une *cause* du jeu pathologique prenant ainsi position dans le débat qui s'intéresse au sens du lien entre la dépression et le jeu pathologique. D'une part, certains soutiennent que la dépression est une *conséquence* du jeu pathologique puisque le joueur a tendance à s'isoler, accumule des stressseurs financiers et qu'il est donc plus difficile pour lui d'obtenir du renforcement positif à l'extérieur du jeu. D'autres soutiennent plutôt que la dépression est une *cause* du jeu pathologique puisqu'elle engendrerait des déséquilibres hormonaux et des neurotransmetteurs qui inciteraient les gens déprimés à s'engager dans des comportements excessifs. Ces comportements excessifs créeraient une stimulation des neurotransmetteurs, ce qui aiderait à compenser les déséquilibres. Ainsi, le jeu procurerait une stimulation du

système dopaminergique et sérotoninergique et les gens déprimés deviendraient dépendants de cette sensation. Alors que seule une étude longitudinale pourrait mieux positionner la dépression comme étant *la cause* ou *la conséquence* du jeu pathologique, les études corrélationnelles doivent s'assurer de vérifier la présence de ce lien. Concomitant à la dépression, les joueurs pathologiques en traitement présentent aussi un taux élevé d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide (20 % à 40 %) (Blaszczynski et Farrell, 1998; DeCaria et al., 1996; Kausch, 2003) ainsi que des difficultés familiales et psychosociales (Chevalier et Allard, 2001; Ladouceur et al., 1997). Malgré de nombreuses informations sur les troubles comorbides, les études ne se sont pas suffisamment penchées sur le lien entre le jeu pathologique et la nature des difficultés familiales et conjugales, alors que cette variable semble intimement liée à la description des joueurs pathologiques.

1.4 Traitement

1.4.1 Raisons menant au traitement

Les difficultés financières, sociales et légales sont parmi les raisons les plus évoquées qui encouragent un joueur à chercher un traitement pour cesser de jouer (Pulford, Bellringer, Abbott, Clark, Hodgins et Williams, 2009). Une étude récente souhaitait établir des liens entre les motifs de consultation à une ligne téléphonique de soutien pour joueur et la propension à accepter une référence pour un traitement formel dans un centre spécialisé (Weinstock, Burton, Rash, Moran, Biller, Krudelbach, Phoenix et Morasco, 2011). Les résultats montrent que les gens qui appellent à la suite des pressions de leur partenaire ou à la suite de difficultés légales sont plus enclins à accepter la référence que ceux motivés par les difficultés financières. Weinstock et al. (2011) rapportent aussi que les joueurs mariés ou qui cohabitent sont significativement plus enclins à accepter une référence vers un centre d'aide que les joueurs célibataires. Dans le même sens, Hodgins et al. (1999) rapportent qu'une détresse émotionnelle telle que la dépression, le stress et les tensions avec le conjoint motiveraient un joueur à cesser de jouer (Hodgins, Wynne et Makarchuk, 1999). Les joueurs en couple semblent donc constituer une catégorie importante de joueurs qui cherchent à

cesser de jouer. Wildman (1989) à partir de son expérience clinique, suggère que la détresse conjugale puisse mener à la pratique du jeu. Le jeu permettrait notamment d'oublier les soucis conjugaux. Par ailleurs, des traitements de groupes dans laquelle la conjointe a pris part, aurait permis d'obtenir de bons résultats quant à la relation conjugale et à la diminution du jeu (Boyd et Bolen, 1970; Tepperman, 1985). Cependant, jusqu'à maintenant, la variable conjugale n'est que rarement étudiée et le traitement pour le jeu pathologique se fait habituellement de façon individuelle. En effet, les traitements les plus offerts et les plus étudiés sont le mouvement des Gamblers Anonymes (GA), qui s'adresse au joueur seulement, et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), le plus souvent effectuée en suivi individuel.

1.4.2 Description et efficacité

Les GA constituent une des ressources les plus utilisées par les joueurs (National Research Council, 1999; Ladouceur et al., 2000a; Petry, 2005). La structure et la philosophie de ce mouvement sont similaires à celles des Alcooliques Anonymes (AA) d'où il tire d'ailleurs ses origines. Il s'agit essentiellement d'un réseau d'entraide entre joueurs pour maintenir l'abstinence ou arrêter la pratique du jeu. Les GA considèrent le jeu pathologique comme une maladie incurable, dont la seule issue est de s'abstenir de jouer. Douze étapes servent de guide au rétablissement du joueur (*voir* appendice A). Les rassemblements sont hebdomadaires et s'adressent uniquement aux joueurs. Une ressource similaire nommée Gam-Anon est offerte exclusivement aux membres de l'entourage du joueur. Ces deux ressources offertes dans la communauté favorisent un mode d'intervention individuel. L'efficacité de ces ressources est difficile à déterminer étant donné qu'il s'agit de groupes ouverts et que ce sont des ressources non professionnelles qui n'impliquent pas de mesure d'efficacité.

La TCC est pour sa part une thérapie dirigée par un professionnel formé. Elle vise essentiellement à aider le joueur à mieux comprendre ce qui maintient son comportement de jeu et l'aide à devenir abstinent du jeu. Une TCC développée par une équipe de chercheurs de

L'Université Laval vise, entre autres, à aider le joueur à réévaluer ses croyances concernant les jeux de hasard et d'argent. Les notions de hasard, de l'indépendance des tours et de l'espérance de gain négative sont alors enseignées au joueur afin d'ébranler ses croyances quant à l'illusion de contrôle du jeu (Ladouceur et al., 2000b). L'efficacité d'un traitement psychologique est démontrée par une méta-analyse effectuée sur 22 études de traitement psychologique. Au suivi post-traitement (une moyenne de 17 mois post-traitement), les résultats montrent qu'un traitement comportemental ou cognitivo-comportemental est plus efficace qu'une absence de traitement (groupe témoin) (Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen et Molde, 2005). En effet, les joueurs ayant reçu le traitement sont, par exemple, moins préoccupés par le jeu, dépensent moins d'argent au jeu et présentent moins les critères diagnostiques du jeu pathologique. Les auteurs ont toutefois mis en évidence que l'efficacité du traitement était moins importante (mais toujours significative) dans les études où les participants avaient un diagnostic formel de jeu pathologique plutôt que dans les études où les critères d'inclusion étaient plus ambigus sur le plan du diagnostic (pas d'instrument validé) (Pallesen et al., 2005).

Bien que les taux d'efficacité de ces traitements soient encourageants, il faut mentionner que seuls 8 % des joueurs pathologiques obtiennent un traitement pour leurs difficultés liées au jeu (National Research Council, 1999; National Gambling Impact Study Commission, 1999). Cette statistique, ajoutée à celle du taux d'attrition élevé (entre 14% et 50%, selon une recension d'écrits de Melville, Casey et Kavanagh, 2007), laisse croire, comme le mentionne McLellan (2006), que les traitements actuels ne sont possiblement pas attrayants pour les joueurs et/ou ne répondent pas à leurs besoins.

Tel que mentionné plus haut, le traitement pour le jeu pathologique se fait habituellement de façon individuelle et, donc, n'inclut pas le partenaire (Toneatto et Millar, 2004). Pourtant, tel que mentionné précédemment, les joueurs en couple sont une catégorie significative de joueurs qui cherchent à cesser de jouer. Qui plus est, certaines études indiquent que, pour une dépendance comme l'alcoolisme, le traitement conjugal s'avère particulièrement efficace pour prévenir la rechute (O'Farrell et al., 1993). La prévention de la

rechute est d'ailleurs un des objectifs de la thérapie de couple *behavioral* (TCB- cet acronyme réfère au terme français « thérapie de couple comportementale ») pour l'abus de substances. Celle-ci repose sur un modèle qui stipule l'existence d'une interrelation entre l'abus de substance et la relation conjugale. En ce sens, le comportement pathologique (abus de substance) aurait des conséquences sur la qualité et la nature de la relation conjugale et, à leur tour, ces conséquences auraient des répercussions négatives sur le comportement pathologique (Epstein et McCrady, 1998). Ainsi, en faisant l'acquisition de stratégies d'autocontrôle, l'individu dépendant arriverait à mieux gérer sa consommation d'alcool, ce qui permettrait au partenaire de mieux vivre avec la dépendance de son conjoint et d'être un meilleur soutien pour lui. Parallèlement, l'acquisition d'habiletés de communication et de résolution de problèmes permettrait au couple de mieux gérer les difficultés/insatisfactions dans le couple, ce qui aiderait le conjoint dépendant à mieux gérer sa consommation (Epstein et McCrady, 1998). Une méta-analyse récente montre notamment qu'une TCB pour l'abus de substance est plus efficace qu'une thérapie individuelle (TCC ou autre) pour diminuer la fréquence d'utilisation des substances et améliorer la satisfaction envers la relation (Powers, Vedel et Emmelkamp, 2008). D'autres études rapportent des résultats similaires et précisent même davantage les améliorations perçues. Une meilleure communication entre les conjoints, par exemple, permettrait de cibler plus rapidement les signes de rechute (Steinberg, 1993). En plus d'augmenter le temps d'abstinence, la TCB pour l'abus de substance permettrait d'améliorer la satisfaction et l'ajustement conjugal, diminuerait le taux de séparation et diminuerait les problèmes psychosociaux (McCrady, Epstein et Hirsch, 1999; McCrady, Stout, Noel, Abrams et Nelson, 1991; O'Farrell, 1994; O'Farrell et Fals-Stewart, 2000, 2003). Alors que les études suggèrent que les problèmes de dépendance et de jeu pathologique partagent plusieurs similarités diagnostiques, conceptuelles et de traitement (Elia et Jacobs, 1993; Hickey, Haertzen et Henningfield, 1986; Lesieur et Blume, 1993; Petry, 2005; 2006; Toce-Gerstein, Gerstein et Volberg, 2003), la thérapie du joueur pathologique n'inclut habituellement pas le partenaire, car les impacts réels de cette pathologie sur la dimension conjugale sont encore mal connus des professionnels. D'ailleurs, certains auteurs qui proposent d'inclure le partenaire dans un traitement conjugal pour le joueur pathologique reconnaissent que le manque d'information de la part des thérapeutes

quant au lien couple-jeu puisse être un obstacle dans le développement et l'application de ce type de traitement (McComb, Lee et Sprenkle, 2009). D'autres auteurs suggèrent de poursuivre les études afin de documenter, à l'aide d'instruments valides, le lien complexe qui peut exister entre le jeu pathologique et la dynamique conjugale afin d'améliorer la compréhension dans le domaine et d'établir les bases d'une thérapie conjugale adaptée à ces couples (Bertrand, Dufour, Wright et Lasnier, 2008; Lee, 2009). À la lumière de ces informations, il devient donc important d'examiner le lien entre le jeu pathologique et des variables de la vie conjugale telles que la résolution de problème et la communication interpersonnelle. En effet, ces variables semblent être de bons indicateurs cliniques de la santé du couple. Une telle étude permettrait de savoir si le jeu pathologique a une réelle incidence sur la santé du couple et, si tel est le cas, il sera plus indiqué, dans une étude à devis quasi-expérimentale, de cibler ces variables dans le cadre d'un traitement individuel ou conjugal pour le jeu pathologique.

CHAPITRE II

JEU PATHOLOGIQUE ET RELATION CONJUGALE

Les conséquences du jeu pour le joueur et son entourage sont démontrées (pour une recension complète des écrits récents, voir McComb, Lee et Sprenkle, 2009). Lobsinger et Beckett (1996) estiment, par exemple, qu'un individu qui souffre d'un problème de jeu crée des dommages collatéraux chez huit à dix personnes. Un sondage téléphonique réalisé auprès de Montréalais rapporte notamment que les difficultés familiales sont associées au problème de jeu. Ces difficultés familiales ont été identifiées chez 15 % des joueurs problématiques et chez 31 % des joueurs pathologiques (Chevalier et Allard, 2001). Chez les joueurs en couple, ce sont les difficultés au sein de la famille et plus précisément sur le partenaire (le plus souvent féminin) ou sur le joueur qui sont les plus étudiées. Toutefois, il faut souligner que les difficultés propres à la relation conjugale, dont la qualité de la communication et la satisfaction conjugale, par exemple, ont jusqu'à maintenant été étudiées de façon partielle à l'aide d'études descriptives.

2.1 La perception du partenaire non joueur

Selon une recension des écrits, les études descriptives mettent en évidence que la conjointe d'un joueur est confrontée à un stress financier, des symptômes physiques et émotifs en plus de difficultés relationnelles et conjugales (pour une recension des écrits, voir Grant-Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein et Solowoniuk, 2006). Ces différents stressors sont notamment rapportés par les conjointes qui participent à des programmes d'aide comme Gam-Anon (ressource pour l'entourage du joueur). Par exemple, une des premières études

descriptives menées auprès de 144 membres de Gam-Anon (98 % des femmes) montre que les partenaires présentent des difficultés d'adaptation et des niveaux de stress psychologique, social et financier significatifs (Lorenz et Shuttlesworth, 1983). De façon plus spécifique, 99 % d'entre eux rapportent des problèmes financiers directement liés au problème de jeu de leur conjoint et 54 % indiquent avoir dû emprunter de l'argent à des proches pour subvenir aux besoins fondamentaux de la famille. Considérant ce lot de problèmes rapportés, il serait intéressant de savoir comment ces partenaires jugent leur capacité à gérer leur problème. Dans cette étude, 84 % d'entre eux expliquent avoir eu des difficultés émotives et des comportements excessifs (alcool, nourriture et achats) pour gérer leurs problèmes. Toutefois, leur capacité personnelle à gérer les problèmes n'a pas été évaluée. Par ailleurs, 43 % rapportent avoir vécu des sévices physiques et verbaux de la part de leur conjoint. Questionnés sur la perception de leur conjoint joueur, 93 % le décrivent comme menteur, 89 % le considèrent comme malhonnête et/ou irresponsable et 88 % répondent qu'il communique peu (Lorenz et Shuttlesworth, 1983). Il est possible de croire que ces perceptions négatives de leur conjoint ont une incidence défavorable sur leur satisfaction conjugale, mais cette variable n'a pas été évaluée empiriquement dans cette étude.

Une autre étude descriptive menée auprès de 215 conjointes participant au programme Gam-Anon montre que celles-ci expriment avoir déjà ressenti un fort sentiment de colère, des affects dépressifs, voire des idées suicidaires, ainsi que de la culpabilité en raison des comportements de leur conjoint joueur (Lorenz et Yaffee, 1988). Ces émotions auraient engendré certaines difficultés physiques telles que de sévères maux de tête, des problèmes de dos et d'estomac ainsi qu'une difficulté à respirer. Ces résultats sont corroborés par une étude qualitative plus récente de Dickson-Swift et ses collègues (2005) qui se sont intéressés à la perception de sept partenaires en couple avec un joueur pathologique, dont cinq femmes et deux hommes. Ceux-ci expriment avoir eu des maux de têtes, d'estomac et d'insomnie et attribuent ces symptômes au problème de jeu de leur conjoint. Ils rapportent aussi s'être sentis coupables du comportement de jeu de leur conjoint, avoir eu des symptômes dépressifs et s'être sentis anxieux, notamment par rapport aux difficultés financières attribuables au problème de jeu. Qui plus est, les partenaires révèlent avoir perdu

confiance en leur conjoint joueur, à la suite de ses multiples mensonges (Dickson-Swift, James et Kippen, 2005).

Malgré ces nombreux stressseurs, il semble que certains couples aux prises avec le problème de jeu demeurent en relation conjugale plusieurs années (Mazzoleni, Gorenstein, Fuentes et Tavares, 2009). Une étude s'est d'ailleurs particulièrement intéressée aux caractéristiques des conjointes de joueurs pathologiques afin de comprendre pourquoi ces femmes demeurent dans une relation incluant tous ces stressseurs financiers et émotifs (Mazzoleni et al., 2009). Ainsi, les conjointes de joueurs pathologiques ($n = 25$) ont été comparées à un groupe témoin par rapport à l'ajustement social, le tempérament et la présence de symptômes de dépression et d'anxiété. L'objectif était d'examiner si les conjointes de joueurs présentent davantage de traits de psychopathologie les rendant plus susceptibles que d'autres à maintenir une relation dans un contexte moins favorable. Comme résultat, malgré une plus grande insatisfaction conjugale, il semble que les partenaires de joueurs pathologiques ne sont pas plus vulnérables et ne présentent pas plus de psychopathologie propre à la personnalité que les conjointes du groupe témoin. Les auteurs discutent même de la possibilité que les conjointes de joueurs fassent preuve d'une certaine capacité de résilience (Mazzoleni et al., 2009).

Alors que ces études décrivent bien l'ampleur des conséquences possibles sur le partenaire du joueur, les résultats doivent être interprétés avec prudence. D'abord, ce sont des études descriptives, peu nombreuses et qui datent pour la plupart de plus de 20 ans. Ce constat indique clairement le manque d'études rigoureuses s'étant penchées sur les conséquences du jeu pour le partenaire. Qui plus est, les auteurs ne font pas mention de la validité des instruments utilisés, ce qui remet en question la rigueur méthodologique. De plus, les partenaires ont principalement été recrutées par l'entremise de l'organisme Gam-Anon dont la clientèle s'apparente davantage à une population clinique. Par conséquent, cet échantillon n'est pas nécessairement représentatif des partenaires de joueurs pathologiques de la population générale. Par ailleurs, une seule étude a comparé des partenaires de joueurs à un groupe témoin. Cette étude, bien qu'intéressante, n'a inclus que des partenaires féminins. De

plus, la satisfaction conjugale n'a été évaluée que partiellement à l'aide d'un instrument général qui évalue l'ajustement social et non spécifiquement la satisfaction conjugale. Enfin, alors que ces études procurent une description possible des impacts du jeu sur le partenaire, les recherches ne visent pas encore à définir les impacts du jeu pathologique sur la dynamique conjugale d'une façon précise. Bref, une étude se penchant davantage sur la perception qu'a le partenaire de la dynamique conjugale, tout en incluant des instruments valides et un groupe témoin, serait nécessaire afin de clarifier l'impact réel du jeu pathologique au sein du couple.

2.2 La perception du joueur

Les joueurs pathologiques rapportent que les difficultés conjugales et familiales sont des problèmes importants dans leur vie (Ciarrocchi et Hohmann, 1989; Chevalier et Allard, 2001; Ladouceur et al., 2004b). En effet, 233 joueurs pathologiques qui participent à un programme de traitement pour le jeu identifient les difficultés conjugales et familiales comme le principal problème psychosocial parmi une liste de problèmes psychosociaux possibles. Bien que ces difficultés conjugales et familiales ne soient toujours pas définies, la proportion de joueurs qui reconnaît avoir ce genre de problème (78,6 %) est largement supérieure à celle qui reconnaît manquer de confiance en soi (64,2 %), vivre de la solitude (58,1 %) ou consommer de l'alcool (18,5 %) ou de la drogue (8,5 %) (Ladouceur et al., 2004b). De plus, l'une des premières études descriptives effectuées auprès des membres de GA (97 % des hommes) met en évidence certaines difficultés conjugales rapportées par le joueur telles que de la difficulté à partager leurs sentiments, à résoudre les conflits conjugaux et à gérer la colère (Lorenz et Yaffee, 1986). Parallèlement, 81 % de ces répondants admettent avoir déjà caché leurs habitudes de jeu à leur partenaire, tandis que 59 % des joueurs en couple, divorcés ou veufs indiquent avoir déjà pensé se séparer de leur partenaire. Certains d'entre eux (23 %) rapportent même avoir eu une aventure extra-conjugale alors que le problème de jeu était dans une phase sévère (Lorenz et Yaffee, 1986). Bien que ces résultats descriptifs laissent présager que les joueurs ont de la difficulté à communiquer et ont une mauvaise perception de leurs capacités à résoudre des problèmes, ces variables n'ont pas été analysées

scientifiquement. Par ailleurs, une étude qualitative menée auprès de huit couples dont l'un des partenaires est joueur (75 % des hommes) montre que les joueurs ressentent différents degrés de honte, de culpabilité et de remords par rapport à leur comportement de jeu (Lee, 2002). Toutefois, ces mêmes joueurs deviennent défensifs lorsqu'ils sont blâmés par leur entourage et nieraient alors ressentir cette honte par rapport à leur comportement de jeu (Lee, 2002). Selon Ferland et al. (2008), les joueurs pathologiques auraient aussi tendance à évaluer les conséquences de leur problème de jeu sur leur conjointe moins sévèrement que ce que celle-ci rapporte (Ferland, Fournier, Ladouceur, Brochu, Bouchard et Pâquet, 2008). Cette étude offre un ajout important aux études recensées jusqu'à maintenant puisque les deux partenaires du couple ont été questionnés. En effet, les conjoints (i.e., sept couples) ont tous répondu individuellement à des questionnaires maison auto-administrés, ce qui a permis de souligner que les joueurs et leur partenaire perçoivent différemment l'intensité des conséquences du jeu pathologique. À titre d'exemple, le partenaire aurait tendance à évaluer les conséquences du jeu pathologique sur la vie sociale et familiale d'une façon plus sévère que ce que son conjoint joueur rapporte. Cependant, le joueur évaluerait sa propre détresse psychologique d'une façon plus importante que ce que son partenaire perçoit de lui. Par ailleurs, les auteurs de cette étude soulignent le fait que seules trois conjointes (et aucun joueur pathologique) ont rapporté être insatisfaites de leur relation conjugale. Dans l'ensemble, le niveau de satisfaction des couples par rapport à leur relation varie de neutre à très satisfait dans cette étude (Ferland et al., 2008). Malgré l'intérêt de ces résultats, à ce stade, il est toujours impossible de connaître l'impact propre du jeu sur la dynamique conjugale étant donné l'absence de groupe témoin.

Dans la recension d'écrits effectuée pour cette thèse, seules deux études avec groupe témoin ont été trouvées et offrent un début de clarification du lien entre le jeu pathologique et la santé du couple. Une première étude qui inclut un groupe témoin et un instrument validé (Family environment scale; Moos et Moos, 1981) conclut à l'existence d'un lien entre les difficultés familiales et le jeu pathologique (Ciarrocchi et Hohmann, 1989). L'étude comprend quatre groupes de comparaison, tous des participants hospitalisés, tels que 73 hommes avec un diagnostic de dépendance à l'alcool, 53 femmes dépendantes à l'alcool, 67

hommes avec un diagnostic de jeu pathologique, dont 34 dépendants à l'alcool et 33 non-dépendants. Ces deux derniers sous-groupes ont également été comparés entre eux. Comme groupe témoin, les auteurs ont eu recours aux données de validation de l'instrument de mesure. Tous les groupes rapportent être insatisfaits de leur environnement familial. Plus précisément, les participants rapportent être insatisfaits par rapport au soutien reçu et à l'expression des sentiments dans la famille, ce qui laisse croire à la présence de difficultés conjugales. Les résultats ne montrent pas de différence significative entre les joueurs dépendants et les joueurs non dépendants par rapport à l'insatisfaction conjugale et familiale. Toutefois, les participants au groupe avec double diagnostic (joueurs pathologiques dépendants à l'alcool) rapportent davantage de conflits et plus d'expression de colère envers leur mariage que ceux des autres groupes (Ciarrocchi et Hohmann, 1989). Bien que cette étude montre que les joueurs sont insatisfaits de leur milieu familial et laisse présager que les couples de joueurs présentent des difficultés conjugales, elle ne permet pas de conclure fermement à cette dernière hypothèse. En effet, seule la perception du joueur y est rapportée et l'instrument de mesure utilisé cible davantage les difficultés familiales que conjugales. Une étude qui inclurait la perception du partenaire non joueur et qui utiliserait une mesure spécifique aux variables conjugales, telle que l'ajustement dyadique, permettrait un meilleur éclairage du lien entre le jeu pathologique et le bien-être conjugal.

La seconde étude, incluant un groupe témoin, a recruté 105 participants de la population générale qui ont été divisés en trois groupes, soit des non-joueurs et joueurs récréatifs (55 %), des joueurs problématiques (16 %) et des joueurs pathologiques (29 %) (Ladouceur, Arsenault, Dubé, Freeston et Jacques, 1997). Les questionnaires auto-administrés portent sur les habitudes de jeu, les croyances par rapport au jeu, le fonctionnement psychosocial, dont la satisfaction conjugale, et les données sociodémographiques. Les auteurs ne rapportent pas de différences significatives entre les groupes concernant la satisfaction conjugale. Toutefois, le groupe de joueurs pathologiques (60 % des hommes) présente davantage de symptômes dépressifs et de conflits interpersonnels ainsi qu'une moins bonne capacité personnelle à résoudre des problèmes que le groupe de non-joueurs (Ladouceur et al., 1997). Il est important de mentionner que les

résultats de cette étude sont basés uniquement sur la perception du joueur et qu'il aurait pu en être autrement si la perception du partenaire avait été considérée. De plus, seuls trois items questionnent la satisfaction conjugale et les joueurs ne sont pas tous en couple. Ce dernier élément est à considérer puisque l'échantillon ne représente probablement pas bien les joueurs qui sont en couple. Ainsi, il est pertinent de mener de nouvelles études qui utiliseront un échantillon représentatif de cette population.

Somme toute, ces études montrent que le joueur reconnaît que ses habitudes pathologiques au jeu peuvent avoir une incidence sur sa vie familiale et conjugale. Toutefois, ces perceptions n'ont pas encore été évaluées à l'aide d'instruments mesurant les variables conjugales. Ces études, descriptives pour la plupart, rapportent la perception du joueur en traitement seulement. De plus, seules deux des études recensées incluent, en guise de comparaison, un groupe témoin. Le groupe témoin de la première étude (Ciarrocchi et Hohmann, 1989) est cependant discutable puisqu'il s'agit des données de validation d'un instrument de mesure. Étant donné que l'ajout d'un groupe témoin permet de s'assurer que les difficultés rapportées sont bien liées à la condition *joueur*, les prochaines études devraient s'inspirer de l'étude de Ladouceur et al. (1997) en incluant un groupe contrôle représentatif de la population à l'étude. Cet ajout permettrait de tirer des conclusions plus fermes quant au lien possible entre le jeu pathologique et des conséquences sur la vie conjugale.

2.3 Conséquences sur la relation conjugale

Jusqu'à maintenant, les conséquences du jeu pathologique sur la relation conjugale restent très peu étudiées. La majorité des écrits qui documentent les difficultés conjugales que ces couples peuvent présenter sont basées sur des observations cliniques et des études descriptives. Il est notamment rapporté que le mariage des joueurs pathologiques se conclut fréquemment par une séparation ou un divorce (Abbott, Cramer et Sherrets, 1995). Cette conséquence ultime est exprimée par certains partenaires de joueurs pathologiques. En effet, parmi les sept partenaires de joueurs interviewés dans l'étude qualitative de Dickson-Swift et al. (2005), trois ont choisi de terminer la relation conjugale tandis qu'une des conjointes

exprime de la frustration, car elle se sent incapable de se séparer. Trois autres partenaires expliquent maintenir la relation parce qu'ils aiment leur conjoint et espèrent qu'il ne retournera plus jouer. Ces témoignages donnent l'impression que le contrôle du comportement de jeu par leur conjoint est un enjeu important pour la suite de la relation. Ces résultats de recherche sont appuyés par une autre étude descriptive qui rapporte que 33 % des familles de joueurs pathologiques se sont d'abord séparées puis se sont ensuite réconciliées parce que le joueur a cessé de jouer ou a reçu de l'aide des GA. Le partenaire évoque aussi l'idée qu'il aime son conjoint joueur et qu'il souhaite lui offrir du soutien dans ses difficultés liées au jeu, par exemple (Lorenz et Yaffee, 1986). Une autre étude va dans le même sens et montre que les couples dont la conjointe présente un jeu pathologique rapportent des difficultés familiales et conjugales (Dowling, Smith et Thomas, 2009). En effet, un faible ajustement dyadique peut résulter de difficultés conjugales.

À partir de son expérience clinique auprès de couples dont l'homme est joueur pathologique, Steinberg (1993) met en évidence certains impacts du jeu sur la relation conjugale. Selon l'auteur, les couples peuvent présenter une certaine vulnérabilité émotionnelle, un manque de confiance mutuelle et une difficulté à partager leurs émotions. De plus, les conjoints peuvent exprimer leur colère de façon malsaine (p. ex., la réprimer, fondre en larmes ou la déplacer sur les enfants) et peuvent l'utiliser comme un prétexte pour la pratique du jeu. Alors que les informations fournies par Steinberg (1993) sont pertinentes, elles n'ont pas été vérifiées empiriquement et doivent donc être interprétées avec prudence. La vérification de ces impacts sur la relation conjugale à l'aide d'études rigoureuses permettrait un avancement important des connaissances dans ce domaine.

Selon la recension effectuée pour cette thèse, une seule étude utilisant un instrument standardisé évaluant l'ajustement dyadique a été réalisée et ce, auprès de femmes présentant un jeu pathologique (Dowling, Smith et Thomas, 2009). Plus spécifiquement, 44 femmes considérées joueuses pathologiques et 29 partenaires non joueurs ont complété l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976). Selon les auteurs, autant les joueuses que leur partenaire rapportent un ajustement dyadique significativement plus faible ($M = 87,1$)

comparé à l'échantillon de validation de l'instrument de mesure ($M = 114,8$). Les auteurs ont également vérifié l'impact du jeu pathologique dans la famille, notamment en analysant la perception de leurs enfants ($n = 40$) et de leurs partenaires ($n = 29$) à l'aide d'autres instruments standardisés (p. ex., pour mesurer la dépression et l'anxiété). Les résultats obtenus ne confirment toutefois pas l'hypothèse initiale stipulant que les enfants et les partenaires de joueuses présentent une plus grande détresse psychologique que celle trouvée dans les échantillons de validation des instruments de mesure. Dowling et al. (2009) discutent de ces résultats et proposent que le sexe du joueur puisse influencer les résultats. En ce sens, ils suggèrent que les conséquences sur le couple et la famille soient plus néfastes lorsque le joueur est un homme plutôt qu'une femme. De plus, les auteurs suggèrent que la durée du problème de jeu puisse influencer la détresse ressentie dans la famille. Plus spécifiquement, lorsque le problème de jeu perdure depuis longtemps, tel que trouvé dans les échantillons d'homme joueurs, plus les conséquences pourraient être néfastes pour la famille et le couple. Bien que cette étude offre des pistes de réflexion intéressantes sur le lien entre la vie conjugale et le jeu pathologique, Dowling et al. (2009) reconnaissent que la comparaison à un groupe normatif n'était qu'un premier pas. Ils suggèrent maintenant qu'une comparaison avec un groupe contrôle serait une avancée importante dans le domaine.

Par ailleurs, à partir de deux histoires de cas de sa pratique clinique, Wildman (1989) rapporte que le joueur pathologique joue pour échapper à ses préoccupations. En ce sens, il suggère que les difficultés familiales et/ou conjugales favorisent le développement d'habitudes de jeu pathologiques. L'individu irait jouer une première fois pour évacuer ses problèmes et, par la suite, ce comportement deviendrait une façon privilégiée de se sentir bien. Wildman (1989) suggère donc que les difficultés conjugales sont une *cause* du jeu pathologique plutôt qu'une *conséquence*. Une étude se penchant spécifiquement sur la perception des partenaires, à savoir si le jeu pathologique est « la poule ou l'œuf », fournirait des informations additionnelles quant à cette hypothèse intéressante.

En somme, les études actuelles ne permettent pas de documenter suffisamment le lien qui peut exister entre le problème de jeu pathologique et le fonctionnement conjugal (*voir*

tableau 2.1). En plus de documenter de façon partielle les conséquences du jeu pathologique au sein du couple, les études présentent des lacunes méthodologiques importantes. Les études sont en effet descriptives ou il s'agit plutôt d'histoire de cas avec un nombre limité de participants. Il est donc pertinent de promouvoir une meilleure connaissance du problème en allant explorer de façon plus spécifique la relation qui peut exister entre la pratique des jeux de hasard et d'argent et la dimension conjugale. Cependant, ces études devront présenter une bonne rigueur scientifique, notamment par le recrutement d'un groupe de non-joueurs et par des méthodes de cueillette de données validées. Ce genre d'étude permettrait de réexaminer le format actuel des traitements afin de décider si la dimension conjugale mérite une place plus importante.

Tableau 2.1
Recension des études qui s'intéressent au lien entre le jeu pathologique et la relation conjugale

Études (auteurs)	Méthodologie Échantillon (<i>n</i>)	Résultats	Commentaires/limites
Lorenz et Shuttlesworth, 1983	Étude descriptive transversale Questionnaire auto-administré 144 membres Gam-Anon ^a	Partenaires présentent des difficultés : problèmes financiers, difficultés émotives et comportements excessifs (par ex., nourriture, alcool). Auraient subi sévices physiques et psychologiques de leur conjoint. Perception négative de leur conjoint joueur.	98% des femmes Pas d'instruments standardisés (questionnaire maison) N'examine pas le fonctionnement conjugal, mais seulement les conséquences pour le partenaire. Pas de groupe témoin
Lorenz et Yaffee, 1988	Étude descriptive transversale Questionnaire auto-administré 215 membres Gam-Anon	Partenaires présentent des difficultés émotives (colère, affects dépressif, culpabilité et idées suicidaires) et physiques (maux de tête, d'estomac, de dos et de la difficulté à respirer)	Femmes seulement Pas d'instruments standardisés N'examine pas le fonctionnement conjugal, mais seulement les conséquences pour le partenaire. Pas de groupe témoin

^a Groupe d'aide pour les proches de joueurs pathologiques; ^b Groupe d'aide *gamblers anonymes*

-suite

Études (auteurs)	Méthodologie Échantillon (<i>n</i>)	Résultats	Commentaires/limites
Dickson-Swift, James et Kippen, 2005	Étude qualitative/entrevue 7 partenaires de joueurs pathologiques	Partenaires présentent des difficultés émotives (affects dépressif, anxiété, culpabilité et perte de confiance envers le conjoint) et physiques (maux de tête, d'estomac et de l'insomnie). Difficultés financières.	N'examine pas le fonctionnement conjugal, mais seulement des conséquences pour le partenaire. Pas de groupe témoin
Mazzoleni, Gorenstein, Fuentes et Tavares, 2009	Étude transversale Questionnaires auto- administrés 25 conjointes de joueur pathologique, comparées à un groupe témoin de 25 conjointes de non-joueur.	Plus d'insatisfaction conjugale Partenaires ne sont pas plus vulnérables et ne présentent pas plus de pathologie liée à la personnalité que le groupe témoin.	Femmes seulement N'examine pas le fonctionnement conjugal, mais seulement les caractéristiques des conjointes.
Ladouceur, Sylvain, Sévigny, Poirier, Brisson, Dias, Dufour, & Pilote, (2004b)	Étude clinique Questionnaires auto- administrés 233 joueurs pathologiques	Joueurs rapportent davantage avoir des difficultés conjugales et familiales comparé à d'autres difficultés (par ex., solitude ou consommation alcool).	Difficultés conjugales et familiales ne sont pas définies. Perception du joueur seulement Pas de groupe témoin

-suite

Études (auteurs)	Méthodologie Échantillon (n)	Résultats	Commentaires/limites
Lorenz et Yaffee, 1986	Étude descriptive transversale Questionnaire auto-administré 206 répondants dont 97% hommes GA ^b	Joueurs rapportent difficultés émotives (colère, partager ses émotions, penser à se séparer et aventure extra-conjugale). Difficultés à résoudre des conflits conjugaux.	Perception du joueur seulement Pas d'instruments standardisés N'examine pas le fonctionnement conjugal. Pas d'instruments standardisés
Lee, 2002	Étude qualitative et quantitative. Entrevue et Q. auto-administrés 8 couples dont un partenaire est joueur.	Joueurs difficultés émotives (honte, culpabilité, remords). Se présentent défensifs et nieraient ces émotions devant leur entourage.	N'examine pas le fonctionnement conjugal, mais plutôt les émotions ressenties par le joueur. Pas de groupe témoin
Ferland, Fournier, Ladouceur, Brochu, Bouchard et Pâquet, 2008	Étude clinique Questionnaires auto- administrés 7 couples dont un partenaire est joueur, deux partenaires interviewés	Joueurs évaluent moins sévèrement que leur conjointe les conséquences de leurs problèmes de jeu. Satisfaction conjugale varie de neutre à très satisfait.	N'examine pas le fonctionnement conjugal, mais plutôt la perception des conséquences du problème de jeu pour le partenaire non joueur. Pas de groupe témoin

-suite

Études (auteurs)	Méthodologie Échantillon (n)	Résultats	Commentaires/limites
Ciarrocchi et Hohmann, 1989	Étude clinique Instrument validé 4 groupes : 73 hommes dépendant à l'alcool; 53 femmes dépendantes à l'alcool; 34 hommes joueurs pathologiques + dépendant alcool; 33 hommes joueurs non-dépendant à l'alcool. Groupe témoin = données de validation de l'instrument de mesure.	Insatisfaction de leur environnement familial pour tous les groupes. Participants au double diagnostic rapportent davantage de conflits et de colère.	Perception du patient seulement Instrument de mesure cible uniquement des variables familiales et non conjugales.
Ladouceur, Arsenault, Dubé, Freeston et Jacques, 1997	Questionnaires auto-administrés 105 participants de la population générale, divisés en trois groupes : non-joueurs + joueurs récréatifs; joueurs problématiques et joueurs pathologiques	Pas de différence significative entre les groupes pour la satisfaction conjugale	Perception du joueur seulement Joueurs pas nécessairement en couple Variables conjugales évaluées à partir de trois questions.

-suite

Études (auteurs)	Méthodologie Échantillon (n)	Résultats	Commentaires/limites
Dowling, Smith et Thomas, 2009	Questionnaires auto-administrés 44 femmes joueurs pathologiques et 29 conjoints, comparés aux normes de validation de l'instrument (échelle d'ajustement dyadique)	Joueurs rapportent un ajustement dyadique significativement plus faible que l'échantillon normatif.	N'examine pas le fonctionnement conjugal comme tel mais seulement l'ajustement dyadique. Femmes joueurs pathologiques seulement Groupe normatif seulement et non un groupe témoin
Steinberg, 1993	Histoires de cas cliniques auprès de couples dont l'homme est joueur	Difficultés dans le partage des émotions et l'expression de la colère.	Pas d'instruments standardisés N'examine pas le fonctionnement conjugal.
Wildman, 1989	Deux histoires de cas cliniques	Les difficultés conjugales peuvent mener au jeu pathologique.	Seules deux histoires de cas Pas d'instruments standardisés N'examine pas le fonctionnement conjugal.

CHAPITRE III

JEU PATHOLOGIQUE ET PERSONNES ÂGÉES

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) sont devenus plus populaires chez les personnes âgées au cours des dernières décennies. En effet, une étude panaméricaine réalisée par l'Université de Chicago montre que de 1975 à 1998 la pratique des jeux de hasard et d'argent a augmenté de 45 % chez les personnes de 65 ans et plus. Il s'agit du groupe d'âge où l'augmentation est la plus importante, cette augmentation variant de 5 à 21 % chez les groupes plus jeunes (National Opinion Research Center (NORC), 1999). La légalisation du jeu a certainement favorisé son accessibilité pour tous les groupes d'âge confondus (NORC, 1999). Toutefois, les aînés sont spécialement sollicités et séduits par les voyages organisés dans les casinos où ils peuvent se rendre en autobus et passer la journée. Cette activité est effectivement rapportée comme le voyage organisé le plus populaire chez les plus de 65 ans, surpassant les autres types de voyages comme les visites au musée, le zoo, les églises ou le restaurant (McNeilly et Burke, 2001). Certains fréquentent le casino pour se détendre, passer le temps et chasser l'ennui (McNeilly et Burke, 2000), tandis que d'autres y vont pour le plaisir, pour socialiser ou pour gagner de l'argent (Moore, 2001; Wiebe et Cox, 2005). Malgré cet engouement pour les JHA, le jeu pathologique chez les personnes âgées est peu étudié. D'ailleurs, des publications récentes montrent l'importance que prend le jeu chez les aînés et soulignent l'insuffisance d'études chez les joueurs de cette catégorie d'âge (Levens, Dyer, Zubritsky, Knott et Oslin, 2005; McNeilly et Burke, 2000; 2001; Wiebe et Cox, 2005).

3.1 Prévalence

Selon une étude nationale, la prévalence du jeu pathologique chez les aînés serait inférieure à celle retrouvée dans la population générale. Plus spécifiquement, dans un échantillon de la population générale américaine, les taux de prévalence seraient de 0,7 % pour les joueurs problématiques et de 0,4 % pour les joueurs pathologiques (National Gambling Impact Study Commission (NGISC), 1999). Ce taux de prévalence à vie semble toutefois plus élevé dans les études provinciales (Ladd et al., 2003; McNeilly et Burke, 2000). À titre d'exemple, un sondage téléphonique (avec le SOGS) effectué auprès de 1 512 personnes de 62 ans et plus qui demeurent en Oregon montre des taux de 2,3 % de joueurs problématiques et 1,1 % de joueurs pathologiques à vie (Moore, 2001). Du côté canadien, un sondage téléphonique (avec le SOGS) réalisé au Manitoba auprès de 1 000 personnes de 60 ans et plus identifie des taux de prévalence de 1,6 % de joueurs problématiques et 1,2 % de joueurs pathologiques (Wiebe et Cox, 2005). Alors que le taux de prévalence pour ce groupe d'âge est peu documenté au Québec, 13 % des joueurs pathologiques et 22 % des joueurs problématiques seraient âgés de plus de 55 ans (Ladouceur et al., 2004a). Dans la région Montréalaise, une étude réalisée avec le SOGS-R rapporte un taux de 2,8% de joueurs problématiques et pathologiques combinés chez les 55 ans et plus (Philippe et Vallerand, 2007). Ces taux de prévalence, qui varient d'une étude à l'autre, montrent que les problèmes de jeu sont probablement mal évalués chez les personnes âgées et que des études supplémentaires sont nécessaires. Un bilan récent de Tse et al. (2012) propose que les instruments de mesure utilisés, la définition du terme aîné, la région où se déroule l'étude et le type de jeux considéré, sont des variables importantes qui peuvent influencer le taux de prévalence. Il est également possible que les taux de prévalence soient plus élevés dans les provinces où le jeu est plus accessible.

L'accessibilité et l'attrait du jeu favorisent la fréquentation des établissements de jeu par les personnes âgées. À titre d'exemple, les aînés forment le groupe le plus important de visiteurs à Las Vegas depuis plusieurs années (Las Vegas Convention and Visitors Authority, 2011). À l'aide d'analyses de régression, une étude évalue que la fréquentation du casino prédit les difficultés liées au jeu chez les plus de 60 ans (Zaraneck et Lichtenberg, 2008). Dans

le même sens, une étude montre que les critères du jeu pathologique sont plus présents chez les aînés qui participent activement au bingo et aux voyages organisés dans les casinos (McNeilly et Burke, 2000). En effet, 315 personnes de plus de 65 ans ont été catégorisées en deux groupes, selon qu'ils se considèrent actifs ou inactifs dans les activités de JHA. Les résultats obtenus au South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lessieur et Blume, 1987) montrent que 11 % du groupe d'aînés actifs au jeu présentent les critères du jeu pathologique versus 2,7 % des inactifs (McNeilly et Burke, 2000). L'état du Nevada, où l'offre de jeu est la plus importante, indique des taux de prévalence beaucoup plus élevés chez les personnes de 60 ans et plus. Le SOGS fait effectivement ressortir que 19 % des aînés qui participent à des voyages au casino sont des joueurs problématiques, tandis que 17 % présentent un jeu pathologique (Bazargan, Bazargan et Akanda, 2001). Ainsi, ces aînés ayant accès aux voyages organisés dans les casinos rapportent des taux de prévalence de joueurs problématiques et de joueurs pathologiques largement supérieurs à ceux rapportés par les études nationales. Il est donc important de s'intéresser aux conséquences psychosociales qui peuvent y être liées.

3.2 Description et comorbidité

Selon une étude épidémiologique réalisée en Oregon, 58 % des personnes âgées de 62 ans et plus rapportent avoir joué au JHA dans la dernière année (Moore, 2001). Il apparaît que les joueurs âgés sont surtout des hommes (63 %) retraités (83 %) et mariés (75 %) avec un revenu moyen inférieur à 50 000 \$ (69 %) et un niveau de scolarité collégial ou moins (60 %) (Moore, 2001). Alors que ces données sont intéressantes, elles décrivent les joueurs âgés en général mais ne donnent pas d'informations précises sur le joueur pathologique âgé. Ce sous-groupe est peu détaillé dans les études de prévalence. Seules quelques études qui s'intéressent particulièrement à ce sous-groupe permettent de dresser un portrait plus précis du joueur pathologique âgé.

L'étude de Petry (2002) offre quelques pistes pertinentes en ce sens. Elle s'est effectivement intéressée à ce sous-groupe dans une étude où elle compare 343 joueurs en traitement selon trois groupes d'âge (18-35 ans; 36-54; 55 et plus). Le groupe de 55 ans et

plus présente un pourcentage plus élevé de femmes (55 % de femmes vs 23 % dans le 18-35 et 45 % dans le 36-54) qui sont mariées (61 % mariés vs 32 % dans le 18-35 et 46 % dans le 36-54). Ces résultats vont dans le sens d'autres études qui trouvent davantage de femmes mariées ou veuves qui présentent des difficultés liées au jeu (Bazargan et al., 2001; McNeilly et Burke, 2000; Stitt, Giacomassi et Nichols, 2003; Wiebe et Cox, 2005). En analysant ce groupe plus en détail, Petry (2002) souligne que les femmes de plus de 55 ans ont commencé à jouer plus tard dans leur vie comparativement aux hommes du même groupe d'âge. À titre d'exemple, 52 % des femmes rapportent qu'elles n'avaient jamais joué aux JHA et 89 % expliquent qu'elles ne jouaient pas régulièrement avant la légalisation des casinos en 1992 dans cet état. Les hommes, quant à eux, rapportent un début beaucoup plus précoce, même que 75 % d'entre eux expliquent avoir commencé à jouer à l'adolescence. D'autres données recueillies par des études de prévalence dans la population générale (Moore, 2001) ou dans des groupes de joueurs (Kausch, 2004) vont dans le même sens.

Par ailleurs, les participants au groupe plus âgé dans l'étude de Petry (2002) rapportent davantage de problèmes au travail ainsi que dans leurs finances et expriment dépenser plus d'argent au jeu que les plus jeunes (Petry, 2002). La comorbidité psychiatrique n'a pas été évaluée, sauf l'abus de substance qui paraît moins sévère chez les plus âgés. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'abus de substance est généralement plus prévalent chez l'homme, qui est d'ailleurs plus représenté dans les autres groupes de cette étude. Le groupe de 55 ans et plus paraît aussi être plus satisfait de sa relation conjugale/situation de vie que les deux groupes plus jeunes (Petry, 2002). Ces derniers résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence. Étant donné que cette variable mesure la satisfaction de la relation conjugale et simultanément la satisfaction de la situation de vie, il est difficile de départager de quelle satisfaction il s'agit. Qui plus est, une proportion importante du groupe de 18-35 ans est célibataire (42,7 %), la satisfaction conjugale moins élevée dans ce groupe d'âge est possiblement expliquée par le fait qu'ils ne sont pas satisfaits de leur situation de vie (état civil) et non de leur relation de couple. Malgré ces lacunes, l'étude menée par Petry (2002) est intéressante puisqu'elle permet de cibler certaines différences propres à l'âge du joueur. D'autres études s'intéressant exclusivement à ce sous-groupe indiquent également

que les joueurs pathologiques âgés sont surtout des femmes mariées (McNeilly et Burke, 2000; Stitt et al., 2003). Cependant, certains chercheurs vont dans le sens contraire et trouvent davantage d'hommes mariés dans la catégorie des joueurs pathologiques âgés (Kausch, 2004; Levens et al., 2005; Pietrzak et al., 2007; Zaranek et Lichtenberg, 2007). Le portrait type du joueur pathologique âgé semble donc difficile à établir. Toutefois, l'idée que l'homme joueur ait un début de jeu plus précoce que la femme ne semble pas être contredite. Étant donné qu'un début de jeu précoce semble être lié à une plus grande sévérité de symptômes psychiatriques (Burge, Pietrzack, Molina et Petry, 2004), il est possible de penser que les hommes joueurs pathologiques âgés présentent une détresse plus sévère que les femmes du même groupe.

La comorbidité associée au jeu pathologique chez les plus âgés paraît similaire à celle trouvée chez les plus jeunes. Un groupe de joueurs pathologiques de 60 ans et plus formé à partir de données recueillies dans une étude nationale a été comparé à un groupe témoin de sexagénaires sans problème de jeu. Les résultats confirment que la dépendance à la nicotine (43,2 % vs 8 %), l'alcool (53,2 % vs 12,8 %), les troubles de l'humeur (39,5 % vs 11 %) et les troubles anxieux (34,5 % vs 11,6 %) sont significativement plus présents chez les joueurs pathologiques que chez le groupe témoin (Pietrzak et al., 2007). Ayant mesuré la santé mentale de 134 joueurs pathologiques en traitement, Kausch (2004) ne montre pas de différence entre les 37 joueurs âgés de plus de 60 ans et les 97 plus jeunes. Les deux groupes présentent des antécédents psychiatriques comparables et la dépression demeure le diagnostic le plus fréquent.

Tel que vu dans les chapitres précédents, les problèmes sociaux, familiaux et conjugaux liés à la pratique excessive du jeu sont peu documentés. Les écrits se font encore plus rares quant au sous-groupe de joueurs pathologiques âgés. Un lien clair semble toutefois établi entre l'augmentation des dépenses et les problèmes de jeu chez les plus de 55 ans (McCready, Mann, Zhao et Eves, 2008; Petry, 2002). Il est alors possible d'envisager que si les dépenses au jeu sont plus importantes dans ce groupe d'âge (Petry, 2002), les problèmes financiers pourraient être plus désastreux puisque vieillir est souvent lié à une diminution des

revenus. Les conséquences familiales et conjugales, quant à elles, sont plutôt évaluées brièvement par quelques questions incluses dans le questionnaire sociodémographique. À titre d'exemple, l'étude de Petry (2002) décrite plus haut est intéressante, mais une seule question évalue la satisfaction conjugale. Pourtant, la dimension conjugale chez les aînés est un élément important à considérer. Une étude évaluant les corrélats associés au jeu pathologique chez les plus de 55 ans indique d'ailleurs que le fait d'être marié ou en union de fait et d'avoir un niveau de scolarité supérieur réduit le risque de présenter un jeu pathologique (McCready et al., 2008). Toutefois, si la pathologie se présente, qu'advient-il de la vie de couple? Étant donné que les aînés ont tendance à être plus isolés socialement et que le conjoint devient alors la principale source de soutien (Carstensen, 1992), il est possible de penser que des problèmes conjugaux soient plus dévastateurs chez ce groupe d'âge. Une étude de Trudel et al. (2010) montre notamment que la détresse psychologique chez les aînés est prédit par un faible ajustement dyadique et une faible satisfaction sexuelle. Il serait intéressant de voir si la présence d'un joueur pathologique dans le couple à cette période de la vie est associée à un niveau plus marqué de détresse conjugale.

3.3 Modèle théorique et position du problème

Modèle théorique

Le fondement théorique de cette thèse repose sur l'idée qu'il existe un lien bidirectionnel entre les troubles psychologiques et la détresse conjugale (*voir figure 3.1*). Le stress, suscité soit par la psychopathologie ou par les conflits conjugaux, influencerait négativement tant la psychopathologie que la détresse conjugale. En ce sens, la psychopathologie aurait des conséquences sur la qualité et la nature de la relation conjugale et, à leur tour, ces conséquences auraient des répercussions négatives sur la pathologie (tirée de Epstein et McCrady, 1998; Davila, Bradbury, Cohan et Tochluk, 1997; Whisman et Baucom, 2012; Trudel et Goldfarb, 2010).

Figure 3.1

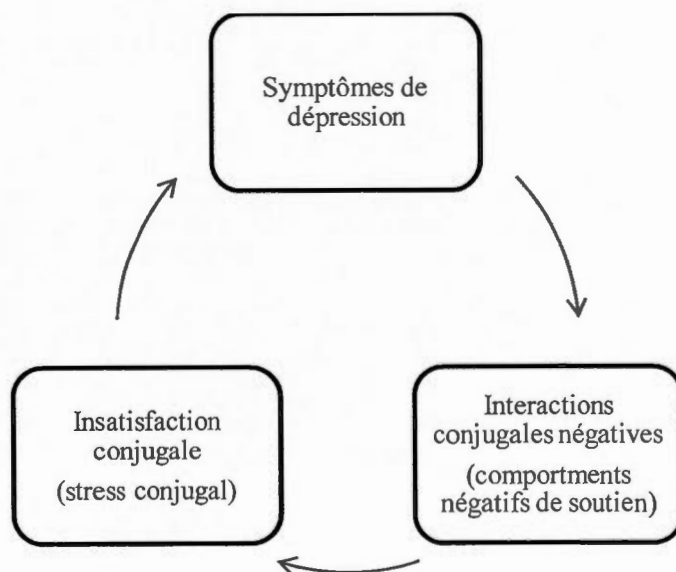
Lien bidirectionnel entre les troubles psychologiques et la détresse conjugale



Cette association bidirectionnelle a été largement étudiée, notamment auprès de gens dépressifs (Gotlib et Beach, 1995; Davila et al., 1997). Le modèle de génération du stress (Hammen, 1991; Davila et al., 1997) s'inscrit dans ce fondement théorique. À l'origine, le modèle de génération du stress propose qu'une personne ayant des symptômes dépressifs contribue à l'apparition de situations stressantes dans sa vie, ce qui maintiendrait ses symptômes dépressifs à plus long terme (Hammen, 1991). Plus spécifiquement, Davila et ses collaborateurs (1997) ont étudié ces liens dans une étude longitudinale d'une année auprès de jeunes couples. Les résultats suggèrent que la présence de symptômes dépressifs au temps 1 est associée à une détresse conjugale au temps 2. De même, la présence de détresse conjugale au temps 1, est associée à des symptômes dépressifs au temps 2. La présence de symptômes dépressifs au temps 1 est également associée à une perception négative du soutien de son partenaire résultant en des interactions conjugales négatives et à une insatisfaction conjugale. Ceci serait associé à la présence de symptômes dépressifs au temps 2. Ainsi, ce modèle ne détermine pas le sens du lien entre les symptômes de dépression et la détresse conjugale. En ce sens, les symptômes pourraient être tant la cause que la conséquence de la détresse conjugale. Ainsi, l'insatisfaction conjugale pourrait mener à des symptômes dépressifs et donc à des interactions conjugales négatives, ce qui maintiendrait l'insatisfaction conjugale (voir figure 3.2).

Figure 3.2

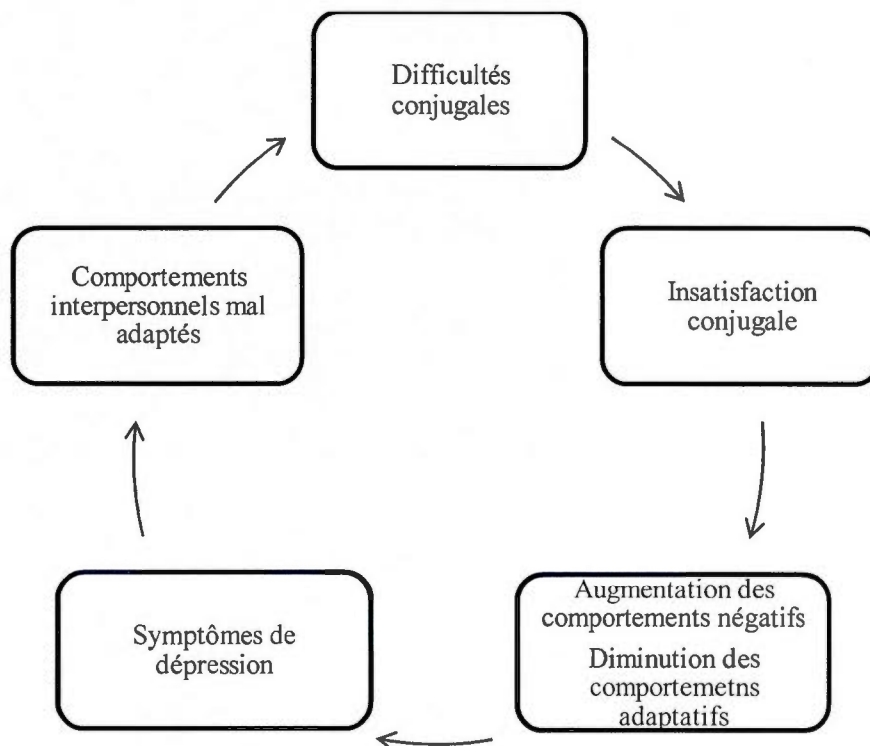
Modèle Génération du stress de la détresse conjugale (Davila et al., 1997)



Le modèle de la détresse conjugale de la dépression (Gotlib et Beach, 1995) s'inscrit également dans ce fondement théorique. Ce modèle suggère que la détresse conjugale s'exprime par la diminution de divers comportements adaptatifs et une augmentation de comportements négatifs qui conduisent à la dépression ce qui augmente divers types de comportements inadaptés dans les rapports interpersonnels aggravant ainsi la dépression (voir figure 3.3).

Figure 3.3

Modèle de la détresse conjugale de la dépression (Gottlib et Beach, 1995)



Ces deux modèles proposés font preuve que le lien bidirectionnel entre la détresse conjugale et la pathologie sont bien documentés. La conséquence clinique de ce lien bidirectionnel est d'ailleurs la thérapie de couple comportementale (TCB), dont l'objectif principal est de diminuer la détresse conjugale. Pour ce faire, la TCB vise à améliorer les habiletés de communication et de résolution de problèmes des conjoints. Ces variables semblent donc de bons indicateurs du fonctionnement conjugal puisqu'elles font partie intégrante des habiletés que les couples doivent développer afin de diminuer leur détresse maritale dans le cadre d'une TCB. Enfin, la variable de l'ajustement dyadique a fait ses

preuves depuis plusieurs décennies comme un bon indicateur de l'entente perçue entre les conjoints.

Position du problème

Bien que les liens entre le jeu pathologique et la détresse conjugale aient été étudiés, la recension des écrits fait ressortir plusieurs limites méthodologiques importantes et l'étude actuelle veut pallier ces lacunes (voir tableau 3.1).

Tableau 3.1

L'étude actuelle palie les lacunes méthodologiques trouvées

Limites méthodologiques	Lacunes palliées par cette étude
Études descriptives résultant surtout d'observations cliniques	Utilisation d'outils standardisés (données quantitatives)
Perception d'un seul conjoint	Perception des deux conjoints
Fonctionnement conjugal partiellement documenté (surtout des conséquences pour la vie de couple (par ex., divorce)).	Fonctionnement conjugal évalué à l'aide des variables ciblées dans les TCB (communication/résolution de problèmes et ajustement dyadique)
Pas de groupe témoin	Groupe témoin (non-joueurs)
Lien entre jeu pathologique et détresse conjugale peu étudié chez les personnes âgées	Comparaison entre un groupe joueur de plus de 55 ans avec un groupe joueur plus jeune

En palliant ces limites, cette thèse apportera des contributions méthodologiques et théoriques importantes. L'ajout d'un groupe témoin et la perception des deux conjoints permettra d'appuyer plus fermement l'existence d'un lien entre la détresse conjugale et le jeu pathologique. L'utilisation des variables de la communication, de la résolution de problèmes et de l'ajustement dyadique sous la forme d'outils standardisés (tirées de la TCB) permettra de documenter véritablement le fonctionnement conjugal des joueurs pathologiques. Enfin, elle permettra d'étudier ces variables chez les joueurs plus âgés, une clientèle en essor et peu étudiée. Ultimement, cette thèse permettra des contributions cliniques significatives en donnant un appui théorique aux chercheurs qui souhaitent mieux définir les thérapies de couples comportementales pour les joueurs pathologiques.

3.4 Objectifs et hypothèses de recherche

Cette recension des écrits met en évidence, d'une part, un besoin d'étudier de façon rigoureuse les variables de la vie conjugale chez des couples aux prises avec des difficultés liées au jeu. Le premier objectif de cette thèse est de pallier certaines lacunes méthodologiques actuellement trouvées dans ce domaine. Il sera donc question d'évaluer, à l'aide d'instruments standardisés, la communication et les habiletés de résolution de problème (fonctionnement conjugal) ainsi que l'ajustement dyadique chez des joueurs problématiques/pathologiques et leur partenaire et de les comparer à des conjoints non joueurs (i.e., groupe témoin). La question de recherche est de savoir s'il existe un lien entre différentes variables mesurant la vie conjugale et la présence du jeu problématique/pathologique.

D'autre part, la recension des écrits met en lumière l'ampleur que prend le jeu chez les aînés et l'importance de mieux comprendre les répercussions psychosociales du jeu pathologique chez ce groupe d'âge. Le deuxième objectif de cette thèse est donc d'évaluer ces mêmes variables de la vie conjugale chez les joueurs et leur partenaire âgés de 18-54 ans et chez les conjoints du groupe de joueurs âgés de 55 ans et plus. La question de recherche est de savoir s'il existe un lien entre différentes variables mesurant la vie conjugale et l'âge du joueur et de son partenaire.

Hypothèse 1a. Les joueurs et leur partenaire présenteront un moins bon fonctionnement conjugal évalué par une perception plus négative de leurs habiletés de communication que les conjoints du groupe non-joueurs.

Hypothèse 1b. Les joueurs et leur partenaire présenteront un moins bon fonctionnement conjugal évalué par une perception plus négative de leurs habiletés à résoudre des problèmes que les conjoints du groupe non-joueurs.

Hypothèse 1c. Les joueurs et leur partenaire présenteront un moins bon ajustement dyadique que les conjoints du groupe non-joueurs.

Hypothèse 2a. Les joueurs âgés de 55 ans et plus et leur partenaire présenteront un moins bon fonctionnement conjugal évalué par une perception plus négative de leurs habiletés de communication que les conjoints joueurs âgés de 18-54 ans.

Hypothèse 2b. Les joueurs âgés de 55 ans et plus présenteront un moins bon fonctionnement conjugal évalué par une perception plus négative de leurs habiletés à résoudre des problèmes que les conjoints joueurs âgés de 18-54 ans.

Hypothèse 2c. Les joueurs âgés de 55 ans et plus présenteront un moins bon ajustement dyadique que les conjoints joueurs âgés de 18-54 ans.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

4.1 Participants

4.1.1 Recrutement

La population ciblée lors du recrutement était 120 couples âgés de 18 à 75 ans qui s'adonnent ou non à jouer à des jeux de hasard et d'argent. L'objectif était de former deux groupes d'âge (18-54 ans; 55-75 ans) selon deux niveaux de participation à des jeux de hasard et d'argent (non-joueur; joueur problématique/pathologique). Les participants ont été recrutés par l'entremise de centres d'aide aux joueurs, par l'affichage sur babillard, par les médias écrits et télévisuels, par des kiosques d'information sur la vie conjugale et par une firme de sondage. Le recrutement s'est effectué en deux périodes distinctes. La première période a eu lieu de mai 2004 à mai 2006. Lors de cette première étape, le recrutement du groupe *joueurs* a été réalisé en grande partie avec l'aide du Centre Dollard-Cormier, un centre spécialisé dans le traitement du jeu pathologique situé à Montréal. L'étude a été expliquée par une assistante de recherche lors d'une rencontre d'accueil de groupe au Centre Dollard-Cormier, cette rencontre d'accueil faisant partie du processus d'admission au programme. Plus spécifiquement, cette rencontre est la première étape à laquelle doivent assister tous les usagers faisant une demande d'intervention pour des problèmes de jeu. Un intervenant du centre y explique alors les services offerts par ce programme d'intervention spécifique aux joueurs. Les gens qui y assistent sont ensuite inscrits sur la liste d'attente pour finalement être confiés à un intervenant. L'équipe de recherche a donc profité de cette rencontre obligatoire pour faire valoir la recherche. L'intervenant du centre accueillait

d'abord seul les nouveaux usagers. Une fois l'accueil terminé, il invitait l'assistante de recherche à expliquer le projet. Celle-ci expliquait les modalités de l'étude pendant quelques minutes selon un canevas bien établi (Appendice B.1) et quittait ensuite les lieux. Les participants donnaient leurs coordonnées sur une base volontaire directement à l'assistante ou, plus tard, à l'intervenant. Les participants intéressés étaient contactés individuellement par téléphone durant la semaine par un assistant de recherche qui expliquait plus en détail le processus de l'étude (Appendice B.2). Les participants n'avaient, à ce moment, pas commencé de traitement psychothérapeutique.

D'autres services de relation d'aide, notamment le Centre d'aide et de référence du grand Montréal et les CLSC, ont inscrit l'étude dans leur banque de ressources disponibles. Il était toutefois entendu que l'étude ne constituait pas un traitement, mais s'adressait plutôt à des gens qui souhaitaient faire avancer les connaissances dans le domaine du jeu et de la vie conjugale.

Par ailleurs, des affiches de sollicitation à la participation ont été apposées sur des babillards à des endroits de jeux (hippodrome, centre de jeu de la Place Dupuis, Bingo) ou d'autres endroits stratégiques (universités, dépanneurs, CLSC, etc.). Les participants appelaient sur une base volontaire.

Toujours dans cette première phase, un relationniste a été embauché afin de favoriser les contacts médiatiques. Ceci a permis une psychoéducation sur les jeux de hasard et d'argent en plus de publiciser l'étude par des émissions de télévision (*Une pilule une petite granule*, *Dans la mire*, émission de Louise Deschâtelets au canal communautaire) et par la presse écrite (*Le Bel âge*, *La Presse*, *Le journal de Montréal*, *Journal Metro*, *La Semaine*).

Le groupe témoin a, quant à lui, été recruté par la presse écrite et des kiosques d'information sur la vie de couple (marché aux puces). Une psychoéducation était alors faite sur la vie de couple et l'étude était publicisée en offrant gratuitement un atelier sur la vie de couple et la sexualité aux participants de l'étude.

À la suite de cette première étape de recrutement, un total de 159 demandes ont été reçues pour de l'information dont 73 provenaient du Centre Dollard-Cormier. De ce nombre total, un couple ne satisfaisait pas les critères d'inclusion, trois couples n'ont pas pu être joints par téléphone parce que les coordonnées n'étaient pas valides et 55 couples se sont désistés avant d'avoir complété les différentes entrevues. Les principales raisons du désistement ont été : un des conjoints n'est plus intéressé (27 %), couple n'a plus le temps (18 %), couple n'est plus intéressé (16 %), couple séparé sans contact avec ex-conjoint (11 %), un des conjoints est malade ou décédé (5 %), le couple ne veut pas se déplacer pour l'entrevue (5 %) et d'autres n'ont pas évoqué de raison ou n'ont jamais donné suite (18 %). Parmi les 100 couples qui se sont déplacés à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) aux fins de l'entrevue, un couple a été refusé, car le conjoint ne maîtrisait pas suffisamment la langue française et un autre est parti avant d'avoir rempli les questionnaires. Ces deux couples ont été immédiatement retirés de l'échantillon. Finalement, 98 couples ont complété toutes les étapes lors de cette première vague de recrutement. Cette dernière a permis de recruter le groupe de *non-joueurs* ($n = 40$) en plus de tous les *joueurs* du groupe 18-54 ans ($n = 44$). Seuls quelques *joueurs* du groupe 55-75 ans ($n = 14$) ont toutefois été recrutés lors de cette première période.

Étant donné le besoin de solliciter plus de participants pour constituer le groupe de *joueurs* (55-75 ans), une cinquième stratégie de recrutement a été ajoutée. La firme de sondage B.I.P. a été embauchée. Cette deuxième période de recrutement a eu lieu de janvier à juin 2007 et visait uniquement le recrutement de joueurs âgés de 55-75 ans. La firme B.I.P. a effectué un dépistage téléphonique à partir d'un échantillon de personnes s'adonnant aux jeux de hasard et d'argent. Le nombre de contacts téléphoniques n'a pas été répertorié. Ce dépistage a permis de recruter 26 couples âgés de 55-75 ans. Les entrevues ont été réalisées par un intervieweur formé par l'équipe de recherche. La procédure était la même que lors de la première étape de recrutement. Les participants devaient alors se déplacer dans les locaux de la firme B.I.P. Pour accommoder quelques participants, certains ($n = 12$) ont été rencontrés à leur domicile.

4.1.2 Critères d'inclusion

Pour participer à l'étude, les couples devaient correspondre aux caractéristiques suivantes : (a) former un couple hétérosexuel depuis au moins un an; (b) demeurer ensemble ou se fréquenter au moins trois fois par semaine; (c) être âgés de 18 à 75 ans et (d) maîtriser la langue française parlée et écrite afin de pouvoir répondre à tous les questionnaires et faire l'entrevue. Les couples catégorisés *joueurs* devaient correspondre aux critères suivants : (a) au moins un conjoint joue à des jeux de hasard et d'argent; (b) ce conjoint obtient un score de trois ou plus au SOGS (Lessieur et Blume, 1987) et un score de trois ou plus à l'entrevue diagnostique du jeu pathologique basée sur les critères du DSM-IV (Ladouceur et al., 2000a).

4.1.3 Échantillon final

Un total de 124 couples ont répondu à une entrevue téléphonique, à des questionnaires auto-administrés et ont participé à une entrevue face à face. De ces couples, 107 ont été retenus pour la présente étude. L'explication de l'exclusion de certains participants est donnée au début du chapitre V portant sur les résultats.

Les hypothèses 1a, 1b et 1c ont été testées sur l'échantillon total ($N = 107$ couples) divisé en deux groupes (1) 67 joueurs problématiques ou pathologiques (70 % des hommes) et leur partenaire, (2) 40 participants non-joueurs ou joueurs récréatifs/sociaux (70 % des hommes) et leur partenaire. Les hypothèses 2a, 2b et 2c ont, quant à elles, été testées sur le sous-échantillon de joueurs ($n = 67$) divisé en deux groupes (1) 41 joueurs problématiques ou pathologiques âgés de 18-54 ans (76 % des hommes) et leur partenaire, (2) 26 participants non joueurs âgés de 55-75 ans (62 % des hommes) et leur partenaire. Ces échantillons sont décrits plus en détail dans la section « résultats » du chapitre V.

4.2 Instruments de mesures

4.2.1 Critères d'inclusion

L'*Entrevue téléphonique* (Appendice C) a été élaborée par les membres de l'équipe de recherche. Cette entrevue étant le premier contact avec le couple participant, l'équipe de recherche s'est assurée d'avoir des assistants de niveau doctoral formés et en mesure de réagir en cas de détresse des participants. Son objectif était de vérifier si le couple répondait ou non aux critères d'inclusion. Lorsque le couple ne répondait pas aux critères d'inclusion, il était dirigé vers d'autres ressources. Cette entrevue téléphonique comprend 16 items dont la plupart sont des réponses de type dichotomique (OUI-NON). Cette entrevue prend environ dix minutes à répondre. Elle était systématiquement réalisée auprès du conjoint qui avait manifesté son intérêt pour l'étude en laissant ses coordonnées.

4.2.2 Données sur les habitudes de jeu

South Oaks Gambling Screen-version française téléphonique

Le South Oaks Gambling Screen-version téléphonique (SOGS; Lesieur et Blume, 1987; traduit et adapté par Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet, 2000a) (*voir* appendice D.1) permet de discriminer un joueur selon son niveau de jeu. Cet instrument est abondamment utilisé dans des études de prévalence du jeu pathologique autant en français (Chevalier et Allard, 2001; Chevalier et al., 2004; Ladouceur et al., 2004a;) qu'en anglais (Abbott et Volberg, 1996; Shaffer et al., 1997; Welte et al., 2001). La version française du questionnaire utilisé pour l'étude actuelle comporte 17 items évaluant la sévérité du jeu au cours des 12 derniers mois. Ces items sont basés sur les critères du jeu pathologique répertoriés dans le DSM-III (American Psychiatric Association, 1985). Une forte corrélation est d'ailleurs trouvée ($r = 0,94$, $p < 0,001$) avec les critères du DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). La cohérence interne du questionnaire a été évaluée par les auteurs de l'instrument à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et se montre excellente ($\alpha = 0,97$). L'étendue des scores obtenus varie de zéro à 20. Tel que vu précédemment, les auteurs

s'entendent pour classer les joueurs sur un continuum allant de joueur récréatif/social, passant par joueur problématique à joueur pathologique selon la sévérité de leur problème de jeu (Cox et al., 2000; Lesieur et Blume, 1993a; Petry, 2005). Initialement, les auteurs du SOGS suggèrent qu'un individu qui obtient un pointage de cinq et plus au SOGS est un joueur probablement pathologique (Lesieur et Blume, 1987). D'autres études épidémiologiques discriminent un joueur problématique avec un pointage de trois ou quatre au SOGS (Volberg et Steadman, 1988; 1989). Toutefois, comme usage le plus courant, un joueur récréatif/social obtient un pointage égal ou inférieur à deux au SOGS, un joueur problématique obtient un pointage de trois ou de quatre et un joueur pathologique obtient un pointage égal ou supérieur à cinq. Certains auteurs ont montré que les joueurs récréatifs/sociaux (un ou deux au SOGS) diffèrent grandement des joueurs problématiques (trois ou quatre au SOGS) et des joueurs probablement pathologiques (cinq et plus au SOGS) qui, eux, partagent plusieurs caractéristiques (Cox et al., 2000; Stinchfield et al., 2005). En effet, les joueurs problématiques et probablement pathologiques sont principalement des hommes, sont plus nombreux à reconnaître qu'ils jouent pour se distraire des problèmes quotidiens et qu'ils jouent pour gagner de l'argent. Leurs comportements de jeu sont aussi plus fréquents que les joueurs récréatifs/sociaux et ils jouent davantage à des loteries vidéos et au casino (Cox et al., 2000).

Entrevue diagnostique du jeu pathologique basée sur les critères du DSM-IV

Une entrevue diagnostique du jeu pathologique basée sur les critères du DSM-IV (Ladouceur et al., 2000a) (*voir* appendice D.2) a été ajoutée de façon complémentaire afin de pallier la lacune de faux positifs parfois rapportés par le SOGS (Petry, 2006). La fidélité du questionnaire a été estimée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et paraît excellente ($\alpha = 0,98$). Le degré de consistance interne de ce questionnaire se montre également excellent dans cette étude ($\alpha = 0,91$). Cette entrevue prend environ dix minutes pour être complétée. Elle comprend dix items et a été administrée à tous les participants ayant obtenu plus de trois au SOGS. L'étendue des scores varie de zéro à dix. Un résultat de cinq et plus discrimine un joueur pathologique. Stinchfield (2003) suggère de considérer les joueurs qui obtiennent un pointage de trois ou quatre au DSM-IV dans la catégorie des joueurs problématiques afin

d'éviter d'obtenir des faux négatifs. Cette proposition est basée sur le résultat d'une de ses études qui montre que des joueurs pathologiques en traitement obtiennent un pointage de trois ou quatre au DSM-IV (Stinchfield, 2003). D'autres auteurs vont dans le même sens et suggèrent qu'un pointage de trois ou quatre à l'entrevue DSM-IV réfère à des joueurs problématiques (c.-à-d., *problem gambler*) (Toce-Gerstein, Gerstein et Volberg, 2003). C'est ce critère de trois et plus à l'entrevue DSM-IV qui a été retenu pour la présente étude.

Le groupe *joueurs* de l'étude actuelle comprend des joueurs pathologiques et des joueurs problématiques alors que le groupe *non-joueurs* consiste en des non-joueurs ou des joueurs récréatifs/sociaux. En somme, les couples catégorisés *joueurs* dans l'étude actuelle comprennent un conjoint qui répond à au moins trois critères au SOGS et au moins trois critères à l'entrevue DSM-IV sinon ils sont considérés *non-joueurs*.

4.2.3 Données sociodémographiques et descriptives

L'entrevue semi-structurée *in vivo*, (voir appendice E.1) élaborée par les membres de l'équipe de recherche, a permis de recueillir les données sociodémographiques et descriptives. Cette entrevue s'est inspirée de plusieurs questionnaires et entrevues utilisées depuis plusieurs années dans le laboratoire de recherche. Plusieurs questions portant sur le bien-être physique et psychologique ont notamment été tirées de l'Enquête de santé Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux Santé Québec, 1992-1993). D'autres questions portant sur les relations conjugales et sexuelles ont été tirées d'une entrevue utilisée pour le projet *Vie de couple et bien vieillir* dont les résultats ont été publiés (Trudel, Boyer, Villeneuve, Anderson, Pilon et Bounader, 2008). Enfin, d'autres questions portant sur les habitudes de jeu ont été ajoutées pour répondre aux besoins spécifiques de l'étude. La structure de cette entrevue n'a pas posé de problème. Seuls quelques participants joueurs ont rapporté trouver difficile de répondre à la question « Quand ce problème de jeu, jouer de façon excessive, a-t-il débuté? » alors qu'il devait identifier une date. L'intervieweur suggérait alors au participant de se référer aux différentes étapes de sa vie (mariage, enfants, voyage, travail) pour repérer une date de début. Cette orientation a permis à ce que tous les

participants répondent à la question. L'entrevue semi-structurée *in vivo* comprend un total de 43 items et se divise en trois parties. La première partie comporte 14 items et porte sur les données sociodémographiques. La deuxième partie comprend sept items et porte sur le degré de bien-être physique et psychologique de chacun d'eux. Enfin, 22 items recueillent de l'information sur les dimensions conjugale et sexuelle en lien avec les habitudes de jeu. Le temps d'administration de l'entrevue semi-structurée a varié de 20 à 50 minutes par conjoint, selon le niveau de jeu et/ou de détresse présenté.

Symptômes de dépression

L'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II ; Beck, Steer et Brown, 1996 ; traduit et adapté par les mêmes auteurs) (*voir* appendice E.2) évalue la présence de symptômes de dépression. Cet instrument est reconnu pour ses qualités psychométriques et est abondamment utilisé en psychologie autant en clinique qu'en recherche (Dozois, Dobson et Ahnberg, 1998). Il comprend 21 items qui composent un score total variant de zéro à 63. Un résultat de 20 à 28 suggère des symptômes de dépression modérée tandis qu'un résultat supérieur à 29 suggère la présence d'une dépression majeure. Le degré de consistance interne du BDI-II est considéré comme excellent dans cette étude ($\alpha = 0,93$). Ce questionnaire prend environ huit minutes pour être rempli et il a été retenu parce qu'il est une référence dans le domaine de la psychologie pour l'évaluation des symptômes de dépression.

Trait d'anxiété

L'Échelle d'anxiété IPAT (IPAT; Cattell et Sheier, 1957; traduit et adaptée par Cormier, 1962) (*voir* appendice E.3) évalue le trait d'anxiété. Le trait d'anxiété est en fait une vulnérabilité anxieuse présente chez un individu. L'instrument comporte 40 items qui composent un score total dont l'étendue est de zéro à 80. Ce score total doit ensuite être converti en sten. Une cote sten élevée suggère un trait d'anxiété fort. Selon différentes études, la fiabilité test-retest est élevée (de 0,82 à 0,93). Pour cette étude, le degré de consistance interne est considéré comme satisfaisant ($\alpha = 0,83$). Ce questionnaire prend environ huit minutes à remplir. Il s'agit de la seule mesure d'anxiété incluse dans cette étude.

Consommation d'alcool

La version courte du Michigan alcoholism screening test (B-MAST; Pokorny, Miller et Kaplan, 1972) (*voir* appendice E.4) permet de discriminer un buveur dépendant d'un buveur normal. Cet instrument comporte dix items qui composent un score total dont l'étendue varie de zéro à 29. Un résultat supérieur à six suggère que l'individu présente une dépendance à l'alcool. Le degré de consistance interne du B-MAST est considéré comme satisfaisant dans cette étude ($\alpha = 0,86$). Cet outil a été choisi parce qu'il se complète facilement et très rapidement (une à deux minutes) et offre une mesure plus objective qu'une question verbale.

4.2.4 Variables dépendantes

Communication interpersonnelle

Le Questionnaire sur la communication interpersonnelle (QCI; Boyd et Roach, 1977; traduit et adapté par Boisvert dans Beaudry et Boisvert, 1988) (*voir* appendice F.1) mesure précisément la perception que chaque conjoint a de ses propres habiletés de communication et de celles de son partenaire. Les habiletés de communication adéquates sont en fait la capacité à faire de l'écoute active, à émettre des messages clairs et à exprimer du respect ou de l'estime pour son partenaire. L'instrument comporte un total de 17 items et deux échelles spécifiques. En fait, pour chaque item, l'individu doit indiquer sa propre fréquence de ces comportements adéquats (*votre fréquence*, première échelle) et ensuite la fréquence de son partenaire (*sa fréquence*, deuxième échelle). La cotation est graduée par une échelle passant de *a* (« presque toujours ») à *d* (« presque jamais »). L'étendue est de 0 à 51 pour chacune des deux échelles. Pour chaque échelle, un score élevé indique une bonne perception de ses habiletés de communication. Le temps d'administration est d'environ huit minutes. Dans cette étude, le degré de consistance interne pour l'échelle *votre fréquence* est considéré comme satisfaisant (joueur : $\alpha = 0,86$; partenaire : $\alpha = 0,82$) et est considéré comme excellent pour l'échelle *sa fréquence* (joueur : $\alpha = 0,88$; partenaire : $\alpha = 0,91$). Bien que la version francophone de cet instrument n'ait jamais été validée, cet instrument a été choisi, car il est

l'un des seuls instruments auto-rapportés à évaluer à la fois l'auto-perception de ses propres habiletés de communication et la perception de celles de son partenaire. Il est également très court à répondre, cet avantage étant considérable dans la présente étude, car les participants étaient soumis à une batterie de questionnaires.

Résolution de problèmes personnels

L'Inventaire de résolution de problèmes (IRP; Heppner et Peterson, 1982; traduit et adapté par Laporte, Sabourin et Wright, 1988) (*voir* appendice F.2) mesure certains facteurs métacognitifs liés à la capacité personnelle à résoudre des problèmes. Cet instrument est décrit comme étant un excellent indicateur du processus par lequel un individu parvient à résoudre un problème personnel. Le questionnaire comporte 35 items dont trois sous-échelles : 1) confiance en sa capacité à résoudre des problèmes; 2) réexamen de ses stratégies de résolution de problème et 3) présence de stratégies d'autocontrôle. Le score total, quant à lui, réfère à son sentiment d'efficacité personnelle à résoudre des problèmes. Seul le score total a été utilisé pour l'interprétation des résultats et, dans cette étude, son degré de consistance interne est élevé (joueur : $\alpha = 0,91$; partenaire : $\alpha = 0,90$). Un score total plus bas indique un bon sentiment d'efficacité personnelle à résoudre ses problèmes. Le temps d'administration de cet instrument est d'environ dix minutes. Cet instrument a été choisi, entre autres, pour la validité de sa version francophone.

Ajustement dyadique

L'Échelle d'ajustement dyadique (ÉAD; Spanier, 1976; traduit et adaptée par Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986) (*voir* appendice F.3) évalue le niveau d'entente perçue par les conjoints dans leur couple et leur niveau d'ajustement concernant cette entente. Cet instrument est reconnu comme étant un des meilleurs pour mesurer les problèmes conjugaux (Beaudry et Boisvert, 1988). Il comprend 32 items dont quatre sous-échelles : 1) consensus (13 items); 2) expression affective (quatre items); 3) satisfaction (dix items); et 4) cohésion (cinq items) et un score total. Dans la présente étude, seul le score total a été utilisé pour l'interprétation des résultats. L'étendue du score global est de 0 à 151. Un score de 100

et plus est un indice révélateur d'un couple adapté/satisfait tandis qu'un score inférieur dénote un couple perturbé/insatisfait. Le degré de consistance interne de l'ÉAD est considéré comme excellent dans cette étude (joueur : $\alpha = 0,93$; partenaire : $\alpha = 0,92$). Le temps d'administration de cet instrument est d'environ huit minutes. Cet instrument a été choisi pour ses très bonnes qualités psychométriques et le fait qu'il se complète rapidement et facilement.

4.3 Procédure

Ce projet de recherche a, au préalable, reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (*voir* appendice G.1) et l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (*voir* appendice G.2).

Un bref premier contact téléphonique avec chaque partenaire a permis de s'assurer que le couple satisfaisait les critères d'inclusion et que chacun comprenait les étapes de l'étude. Ensuite, un rendez-vous téléphonique était pris individuellement avec chaque partenaire pour l'administration du SOGS (Lessieur et Blume, 1987). Le couple était ensuite invité à se déplacer dans les locaux d'entrevue, soit à l'Université du Québec à Montréal ou dans les bureaux de la firme B.I.P., afin de compléter l'entrevue et la série de questionnaires de type papier-crayon. Pour accommoder quelques participants, certains ($n = 12$) ont été rencontrés à leur domicile. Un léger montant d'argent était remis au couple à titre symbolique et a été ajusté en cours de recrutement (passant de 15 \$ à 50 \$) suivant les conseils de l'agence de recrutement.

Le couple était d'abord rencontré par un intervieweur et une assistante de recherche pour une dizaine de minutes afin d'établir un bon premier contact (*voir* appendice B.3). L'intervieweur expliquait le déroulement de l'entrevue, répondait aux questions et administrait la première partie de l'entrevue portant sur les données sociodémographiques. Ensuite, chaque partenaire devait lire, comprendre et signer un formulaire de consentement (*voir* appendice H). Les questions de l'entrevue qui concernaient la vie de couple et les

habitudes de jeu étaient administrées en individuel. L'assistante de recherche accompagnait alors un partenaire dans une autre pièce et lui expliquait comment remplir le questionnaire. Elle demeurait disponible pour répondre aux questions pendant la période d'administration. De son côté, l'intervieweur administrait l'entrevue à l'autre partenaire. Deux intervieweurs ont été formés pour administrer les entrevues. Un premier était un psychothérapeute d'expérience et l'autre était une intervieweuse d'expérience de la firme B.I.P. Ils étaient tous deux en mesure d'intervenir en cas de détresse. À la suite de la participation, une feuille de ressources pertinentes (voir appendice I) était remise au couple.

À la suite de l'entrevue, le couple pouvait s'inscrire gratuitement à deux journées de psychoéducation sur la vie de couple et la sexualité. L'objectif de ces deux journées était principalement d'enseigner des habiletés de communication, de gestion de conflits et de résolution de problème. Un autre volet concernait particulièrement l'intimité dans le couple. Le contenu de ces deux journées d'atelier a été tiré et adapté du projet *Vie de couple et bien vieillir*, un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle adapté aux personnes à la retraite qui a fait l'objet de trois thèses de doctorat (Anderson, 2007; Pilon, 2010; Villeneuve, 2006). Ce projet visait essentiellement à aider les couples retraités à améliorer leur vie conjugale et sexuelle par l'acquisition d'habiletés proposées dans le cadre d'une intervention de 12 rencontres de groupe. Dans le contexte de l'étude actuelle, ces deux journées ne servaient pas de traitement, mais plutôt d'élément motivateur à participer à l'étude. Au total, 31 % des couples ont participé à ces ateliers dont 69 % étaient du groupe *joueurs*.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

5.1 Devis de recherche

La présente thèse est de nature corrélationnelle. Elle s'intéresse principalement à établir un lien entre le jeu pathologique et certaines variables de la vie conjugale. Au départ, 124 couples ont été recrutés. Le schème est 2 x 2 : les couples ont été catégorisés *non-joueurs* versus *joueurs* en fonction des scores obtenus par l'un des conjoints au SOGS et au questionnaire basé sur les critères du DSM-IV. Les participants ont également été divisés en fonction de leur âge (plus ou moins de 55 ans). Les participants ont été soumis à un seul temps de mesure. Le tableau 5.1 montre la répartition initiale des participants en fonction du schème.

Tableau 5.1

Répartition initiale de l'échantillon selon le niveau de jeu et l'âge ($N = 124$)

Groupes	18-54 ans	55-75 ans
Non-joueurs	20	20
Joueurs	44	40

5.2 Plan d'analyse des données

Une étape préliminaire à l'analyse des données a consisté au nettoyage de la banque de données, à établir le nombre de participants et à vérifier les postulats de normalité.

Un échantillonnage stratifié a été fait pour éviter une confusion d'effet du sexe.

Une première matrice de corrélation entre les variables dépendantes a été effectuée pour vérifier si celles-ci étaient interreliées. Une deuxième matrice de corrélation entre les variables dépendantes, les variables potentiellement confondantes et les variables sociodémographiques a permis de vérifier si l'ajout de covariable était nécessaire.

Les analyses appropriées ont été effectuées, soit une analyse de variance multivariée à mesures appariées pour tenir compte des intercorrélations entre les variables dépendantes. Ensuite, des analyses de variances univariées à mesures appariées ont été effectuées.

5.3 Présentation des analyses statistiques effectuées

5.3.1 Étape préliminaire : établissement du nombre de participants et vérification des postulats

Établissement du nombre de participants

L'observation des données a permis d'identifier cinq participants avec 20 % et plus de données manquantes pour au moins un questionnaire. Ces cinq couples ont été retirés de la banque de données finale. Après vérification, 12 couples catégorisés *joueurs* n'obtenaient pas la même catégorisation selon leur score au SOGS et aux critères du DSM-IV. Ces couples apparaissaient être de faux positifs et ont été subséquemment retirés. L'échantillon final est donc de 107 couples. Le Tableau 5.2 montre la distribution des couples selon le schème.

Tableau 5.2
Répartition de l'échantillon final selon le niveau de jeu et l'âge ($N = 107$)

Groupes	18-54 ans	55-75 ans
Non-joueurs	20	20
Joueurs	41	26

Il est à noter que l'analyse de variance univariée corrige pour les groupes inégaux, ainsi il n'est pas nécessaire de tenir compte de l'inégalité des groupes lors des analyses.

La puissance statistique pour les hypothèses 1a et 1b ont été calculée en fonction de l'indice moyen de Cohen ($d = 0,5$; $N = 107$). Le calcul de puissance pour chaque hypothèse démontre une puissance minimum de 70 %. La puissance des hypothèses 2a et 2b a également été calculée en fonction de l'indice moyen de Cohen ($d = 0,5$; $N = 67$) et démontre une puissance minimum de 50 %. La puissance statistique calculée pour les hypothèses 1c et 2c est de 99 %, considérant une moyenne de 96 pour l'échantillon clinique (moyenne tirée des données préliminaires de la présente étude) et de 113,7 pour le groupe témoin (tirée de Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986).

Vérification des postulats de normalité

L'analyse des postulats a fait ressortir des anormalités pour deux variables : BDI-II et B-MAST. Le BDI-II a été transformé par une racine carrée pour respecter les critères d'asymétrie et d'aplatissement. Seulement l'asymétrie devait être corrigée car $Z = 2,07$ pour les joueurs et $Z = 3,25$ pour les partenaires. La variable B-MAST a été dichotomisée étant

donné un effet plancher. En effet, plus de 20 % des participants obtenaient un score égal à 0 ou 1. À la suite de ces transformations, toutes les variables respectent les postulats de base.

5.3.2 Échantillonnage stratifié

Une quantité égale d'hommes joueurs et d'hommes non joueurs a été attribuée dans chaque groupe. En se fiant sur la prévalence d'homme joueur chez le groupe *joueurs* (70 %), une même proportion d'hommes a été choisie au hasard chez le groupe *non-joueurs* afin d'éviter une confusion d'effet du sexe. Ainsi, il y a dans les deux groupes une même quantité d'hommes identifiés comme *partenaire* et/ou comme *joueur/participant*. Les taux de 70 % d'hommes et de 30 % de femmes retrouvés dans le groupe *joueurs* du présent échantillon correspondent aux mêmes taux de prévalence selon le sexe retrouvé chez les joueurs pathologiques (American Psychiatric Association, 2000).

5.3.3 Matrices de corrélation

Association entre les variables dépendantes

L'analyse des corrélations entre les variables dépendantes (voir tableau 5.3) montre que cinq corrélations sur six sont supérieures au critère établi ($r \geq 0,30$). L'analyse de variance multivariée est donc nécessaire pour tenir compte des intercorrélations entre ces variables. L'analyse de variance univariée a été effectuée par la suite.

Tableau 5.3

Intercorrélation des variables dépendantes pour l'échantillon ($N = 107$)

Mesures	ÉAD	QCI - VF	QCI - SA	IRP
ÉAD	-	0,40***	0,50***	-0,35***
QCI - <i>votre fréquence</i>	0,51***	-	0,53***	-0,49***
QCI - <i>sa fréquence</i>	0,76***	0,61***	-	-0,17
IRP	-0,31**	-0,47***	-0,24*	-

Les intercorrélations des partenaires sont sous la diagonale, alors que les intercorrélations des joueurs sont au-dessus de la diagonale.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Association entre les variables dépendantes et les variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques sont : (a) le sexe, (b) l'âge, (c) l'origine ethnique, (d) la scolarité, (e) l'occupation, (f) le revenu, (g) l'état civil, (h) la durée de la relation de couple, (i) le nombre d'enfants et (j) la durée du problème de jeu. L'analyse des corrélations (voir appendice J) montre que seules deux variables dépendantes sont corrélées ($r \geq 0,30$) avec les variables sociodémographiques (ratio 2/60) pour la condition joueur/participant et qu'une seule variable est corrélée pour la condition partenaire (ratio 1/60). Compte tenu des tailles d'effet faibles la covariable n'est pas justifiée.

5.3.4 Différence entre les groupes sur les variables mesurant la comorbidité possible

Tel que décrit précédemment, l'abus de substance, la dépression et l'anxiété sont souvent trouvés en comorbidité avec le jeu pathologique. En ce sens, l'échantillon à l'étude présente des différences significatives entre les groupes *joueurs* et *non-joueurs* sur l'abus d'alcool, $t(105) = -3,30$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 9\%$, l'indice de dépression, $t(105) = -5,51$, $p <$

0,001, $\eta^2 = 22\%$ et le trait d'anxiété, $t(105) = -5,68$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 24\%$. L'analyse des moyennes (voir tableau 5.4) fait ressortir que les couples du groupe *joueurs* présentent un niveau significativement plus élevé d'abus d'alcool, de dépression et de trait d'anxiété que le groupe témoin. Qui plus est, ces variables ont été vérifiées pour le groupe joueurs 18-54 ans et 55-75 ans et aucune différence significative n'a été trouvée indiquant que l'observation est identique pour les deux groupes d'âge.

Tableau 5.4

Moyennes et écarts-types des couples du groupe *joueurs* versus *non-joueurs* pour chaque variable mesurant la comorbidité possible

Indice de comorbidité	Groupe <i>joueurs</i> ($n = 67$)		Groupe <i>non-joueurs</i> ($n = 40$)	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
B-MAST ^a	5,60	7,55	1,90	4,94
BDI-II ^b	17,04	11,66	6,15	5,44
IPAT ^c	36,64	11,59	24,58	8,77

^a Indice de consommation d'alcool; ^b Indice de symptômes de dépression; ^c Indice de trait d'anxiété.

5.4 Résultats pour chaque hypothèse

5.4.1 Données sociodémographiques pour la première série d'hypothèses (1a, 1b et 1c)

Les joueurs sont majoritairement des hommes âgés de 49 ans, non mariés (conjoint de fait) mais en couple depuis 18 ans en moyenne. Ils sont peu scolarisés (niveau secondaire ou moins) et occupent un emploi avec un revenu de moins de 35 000 \$. La majorité sont des

joueurs pathologiques et ils considèrent avoir un problème de jeu depuis 10 ans en moyenne (voir tableau 5.5). Les analyses de comparaison (χ^2 et test t) révèlent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes *joueurs* et *non-joueurs* sauf en ce qui concerne la scolarité. Les participants *non-joueurs*, $\chi^2 (1, N = 107) = 4,73, p < 0,05, \phi^2 = 4 \%$ et leur partenaire, $\chi^2 (1, N = 107) = 9,14, p < 0,05, \phi^2 = 9 \%$, étant significativement plus scolarisés (collégial et plus) que ceux du groupe *joueurs*.

Tableau 5.5

Données sociodémographiques et descriptives *joueurs* vs *non-joueurs* ($N = 107$)

Caractéristiques	Groupe <i>joueurs</i> ($n = 67$)		Groupe <i>non-joueurs</i> ($n = 40$)	
	Joueur	Partenaire	Participant	Partenaire
Homme (%)	70	30	70	30
Âge (en année)	48,97 (11,28)	47,22 (11,44)	47,03 (15,12)	46,80 (15,92)
Origine ethnique (% autre que Canadien)	12	13	3	8
Scolarité (% collégiale et plus)	43	37	65	68
Occupation (% emploi rémunéré)	63	70	55	55
Revenu annuel (% plus de 35 000 \$)	37	33	50	40
Résultats au SOGS				
% 0-2	N/A	70	100	100
% 3-4	7	9	N/A	N/A
% ≥ 5	93	21	N/A	N/A
Résultats au DSM-IV				
% 3-4	21	4	N/A	N/A
% ≥ 5	79	15	N/A	N/A
Durée problème de jeu (en année)	10 (11)	N/A	N/A	N/A
État civil (% mariés)		43		48
Durée relation (en année)	17,34 (14,47)		17,58 (15,95)	
Nombre enfant	1,5 (0,50)		1,6 (0,49)	

Les écarts-types sont entre parenthèses.

5.4.2 Liens entre le jeu pathologique et les variables de la vie conjugale

Les hypothèses 1a, 1b et 1c sont testées avec une analyse de variance multivariée à mesures appariées selon le schème 2 *groupes* (joueurs vs non-joueurs) \times 2 *conditions* (joueur/participant vs partenaire). L'effet *condition* et l'effet d'interaction *groupe \times condition* sont considérés comme facteurs intrasujet. Advenant l'obtention de résultats multivariés significatifs, des analyses univariées seront effectuées pour décomposer les effets. L'ensemble des analyses est effectué sur les scores de trois questionnaires (ÉAD, QCI et IRP) évaluant la relation conjugale.

Les moyennes de l'effet *groupe* sont présentées au Tableau 5.6, celles de l'effet *condition* dans le Tableau 5.7 et celles de l'effet *groupe \times condition* au Tableau 5.8.

Tableau 5.6

Moyennes et écarts-types du groupe *joueurs* versus *non-joueurs* pour chaque variable conjugale

Variables conjugales	Groupe <i>joueurs</i> ($n = 67$)		Groupe <i>non-joueurs</i> ($n = 40$)	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
ÉAD	96,89	17,91	107,58	15,54
QCI - <i>votre fréquence</i>	34,34	5,59	38,94	4,69
QCI - <i>sa fréquence</i>	31,01	7,29	35,45	6,97
IRP	96,95	13,79	83,34	16,47

Un score total peu élevé à l'IRP indique un bon sentiment d'efficacité personnelle à résoudre ses problèmes personnels.

Tableau 5.7

Moyennes et écarts-types de la condition *joueur* ou *participant* versus la condition *partenaire* pour chaque variable conjugale

Variables conjugales	<i>Joueur; Participant</i> (N = 107)		<i>Partenaire</i> (N = 107)	
	M	ÉT	M	ÉT
ÉAD	101,70	18,45	100,07	20,69
QCI - <i>votre fréquence</i>	34,87	7,55	37,24	6,96
QCI - <i>sa fréquence</i>	33,65	8,79	31,69	11,01
IRP	91,27	20,53	92,45	23,21

Un score total peu élevé à l'IRP indique un bon sentiment d'efficacité personnelle à résoudre ses problèmes personnels.

Moyennes et écarts-types selon le groupe et la condition pour chaque variable conjugale

Groupe <i>joueurs</i> (<i>n</i> = 67)				Groupe <i>non-joueurs</i> (<i>n</i> = 40)				
Joueur		Partenaire		Participant		Partenaire		
Variables conjugales	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>ÉT</i>	
ÉAD	97,93	18,27	95,85	21,77	108,02	17,18	107,14	16,72
QCI - <i>votre fréquence</i>	32,79	7,50	35,88	7,11	38,35	6,31	39,53	6,13
QCI - <i>sa fréquence</i>	32,12	8,81	29,91	11,48	36,63	8,26	34,68	9,57
IRP	99,76	17,21	94,13	21,63	77,05	17,69	89,63	25,68
Un score total peu élevé à l'IRP indique un bon sentiment d'efficacité personnelle à résoudre ses problèmes personnels.								

Un score total peu élevé à l'IRP indique un bon sentiment d'efficacité personnelle à résoudre ses problèmes personnels.

L'analyse de variance multivariée à mesures appariées fait ressortir un effet *groupe* significatif, $F(4, 102) = 7,12, p < 0,001, \eta^2 = 22 \%$ et un effet *condition* significatif, $F(4, 102) = 4,4, p < 0,001, \eta^2 = 15 \%$. L'effet d'interaction *groupe x condition* est également significatif, $F(4, 102) = 2,74, p < 0,05, \eta^2 = 10 \%$ (voir tableau 5.9). Ainsi, il est convenu d'analyser les effets de l'analyse univariée.

Les analyses de variances univariées font ressortir un effet *groupe* significatif pour l'ensemble des variables, soit le ÉAD, $F(1, 105) = 9,83, p < 0,001, \eta^2 = 9 \%$, le QCI sous-échelle-votre fréquence, $F(1, 105) = 19,08, p < 0,001, \eta^2 = 15 \%$ et sous échelle-sa fréquence, $F(1, 105) = 9,57, p < 0,001, \eta^2 = 8 \%$ et l'IRP, $F(1, 105) = 21,06, p < 0,001, \eta^2 = 17 \%$. L'analyse des moyennes (voir tableau 5.6) montre que le groupe *non-joueurs* rapporte un meilleur ajustement dyadique, une meilleure perception de sa communication et une meilleure perception de ses habiletés de résolution de problèmes que le groupe *joueurs*.

Les analyses de variances univariées indiquent un effet *condition* significatif pour le QCI sous-échelle votre fréquence, $F(1, 105) = 5,65, p < 0,001, \eta^2 = 5 \%$. L'analyse des moyennes (voir tableau 5.7) montre que, tous groupes confondus, le partenaire rapporte une meilleure perception de ses habiletés de communication que son conjoint.

Les analyses de variances univariées indiquent aussi un effet d'interaction *groupe x condition* significatif pour l'IRP, $F(1, 105) = 10,36, p < 0,001, \eta^2 = 9 \%$. L'analyse des moyennes (voir tableau 5.8) fait ressortir que, dans le groupe *joueurs*, le partenaire rapporte une meilleure perception de ses habiletés de résolution de problèmes que le joueur. Par ailleurs, il semble que dans le groupe *non-joueurs*, ce soit le participant et non le partenaire qui rapporte une meilleure perception de ses habiletés de résolution de problèmes.

Les participants du groupe *joueurs* ($n = 67$) ont été questionnés dans l'entrevue *in vivo* à savoir s'ils avaient des problèmes conjugaux et si oui, s'ils pensaient que ces problèmes conjugaux étaient attribuables au problème de jeu ou à un autre problème. Un total de 57 % des joueurs ($n = 38$) et 58 % des partenaires ($n = 39$) répondent avoir des problèmes conjugaux. Les joueurs (71 %) attribuent d'une façon significative que leurs problèmes de couples sont directement attribuables à leur problème de jeu, $\chi^2(1, N = 38) = 6,74, p < 0,01$,

$\phi^2 = 18 \%$. Les partenaires (77 %) sont aussi significativement plus nombreux à avoir cette perception $\chi^2(1, N=39) = 11,31, p < 0,001, \phi^2 = 29 \%$.

Tableau 5.9

Résultats des analyses de variances multivariées et univariées pour l'effet du groupe sur les variables conjuguales

Univariée															
Effet	Multivariée			ÉAD ^a			QCI - votre fréquence ^b			QCI - sa fréquence ^c			IRP ^d		
	F	dl	p	F	dl	p	F	dl	p	F	dl	p	F	dl	p
Groupe	7,12	4,102	0,000***	9,83	1,105	0,002**	19,08	1,105	0,000***	9,57	1,105	0,003**	21,06	1,105	0,000***
Condition	4,44	4,102	0,002**	0,79	1,105	0,375	5,65	1,105	0,02*	2,01	1,105	0,16	1,51	1,105	0,222
Groupe x Condition	2,74	4,102	0,033 *	0,13	1,105	0,722	1,14	1,105	0,288	0,06	1,105	0,804	10,36	1,105	0,002***

^a Échelle d'ajustement dyadique; ^b Questionnaire sur la communication interpersonnelle, sous-échelle *votre fréquence*; ^c Questionnaire sur la communication interpersonnelle, sous-échelle *sa fréquence*; ^d Inventaire de résolution de problème.
 * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

5.4.3 Données sociodémographiques pour la deuxième série d'hypothèses (2a, 2b et 2c)

Les analyses de comparaison (χ^2 et test t) révèlent les différences attendues entre les deux groupes de joueurs. Plus spécifiquement, les joueurs 55-75 ans, $\chi^2(1, N=67)=12,18$, $p < 0,001$, $\phi^2 = 18\%$ et leur partenaire, $\chi^2(1, N=67)=8,79$, $p < 0,001$, $\phi^2 = 13\%$ sont plus âgés, en couple depuis plus longtemps, $t(65)=6,24$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 37\%$ et sont significativement plus nombreux à être mariés, $\chi^2(1, N=67)=15,36$, $p < 0,05$, $\phi^2 = 23\%$ que les joueurs de 18-54 ans. Les joueurs âgés, $\chi^2(1, N=67)=4,63$, $p < 0,05$, $\phi^2 = 7\%$ et leur partenaire, $\chi^2(1, N=67)=5,94$, $p < 0,05$, $\phi^2 = 9\%$ sont aussi moins scolarisés que les joueurs plus jeunes et les partenaires âgés sont plus nombreux à ne pas occuper d'emploi rémunéré, $\chi^2(1, N=67)=5,39$, $p < 0,05$, $\phi^2 = 8\%$. En ce qui concerne la sévérité du niveau de jeu, les joueurs âgés sont significativement moins pathologiques, $\chi^2(1, N=67)=9,18$, $p < 0,001$, $\phi^2 = 14\%$ que les plus jeunes, bien qu'ils reconnaissent avoir un problème de jeu depuis plus longtemps, $t(65)=2,35$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 8\%$ (18-54 ans : $M=8,15$, $ET=8,37$; 55-75 ans : $M=14,81$, $ET=13,75$).

Tableau 5.10

Données sociodémographiques et descriptives *joueurs 18-54 ans* vs *joueurs 55-75 ans*
(*n* = 67)

Caractéristiques	Groupe <i>joueurs 18-54 ans</i> (<i>n</i> = 41)		Groupe <i>joueurs 55-75 ans</i> (<i>n</i> = 26)	
	Joueur	Partenaire	Joueur	Partenaire
Homme (%)	76	24	62	39
Âge (en année)	41,54 (7,06)	40,56 (8,30)	60,69 (4,73)	57,73 (6,90)
Origine ethnique (% autre que Canadien)	15	17	8	8
Scolarité (% collégiale et plus)	53	48	25	19
Occupation (% emploi rémunéré)	71	80	50	53
Revenu annuel (% plus de 35 000 \$)	46	37	23	26
Résultats au SOGS				
% 3-4	5	10	12	8
% ≥ 5	95	20	88	23
Résultats au DSM-IV				
% 3-4	10	0	35	12
% ≥ 5	90	17	65	12
Durée problème de jeu (en année)	8,15 (8,37)	N/A	14,81 (13,75)	N/A
État civil (% mariés)		24		73
Durée relation (en année)		10,34 (7,15)		28,38 (16,23)
Nombre enfant		1,6 (0,49)		1,4 (0,50)

Les écarts-types sont entre parenthèses.

5.4.4 Liens entre le jeu pathologique, l'âge et les variables de la vie conjugale

Les hypothèses 2a, 2b et 2c sont testées avec une analyse de variance multivariée à mesures appariées selon le schème 2 groupes d'âge (18-54 ans vs 55-75 ans) \times 2 conditions (joueur vs partenaire). L'effet *condition* et l'effet d'interaction *condition* \times *âge* sont considérés comme facteurs intrasujets. Advenant l'obtention de résultats multivariés significatifs, des analyses univariées seront effectuées pour décomposer les effets. L'ensemble des analyses est effectué sur les scores totaux de trois questionnaires (ÉAD, QCI et IRP) évaluant la vie conjugale.

Les moyennes de l'effet *condition* sont présentées au Tableau 5.11, celles de l'effet *âge* dans le Tableau 5.12 et celles de l'effet *condition* \times *âge* au Tableau 5.13. L'analyse de variances multivariée à mesures appariées ne fait pas ressortir d'effet significatif (voir tableau 5.14). L'effet *âge* étant non significatif, il n'est donc pas démontré qu'il y a une différence entre le groupe *joueurs* de 55 ans et plus et le groupe *joueurs* plus jeune quant à l'ajustement dyadique, la perception de leur communication et la perception de leur capacité à résoudre des problèmes. Tous groupes confondus, il n'est pas non plus démontré qu'il y a une différence entre la perception du joueur et de son partenaire sur ces mêmes variables étant donné un effet *condition* non significatif. Dans le même sens, l'effet d'interaction *condition* \times *âge* étant non significatif, ces résultats ne permettent pas de démontrer qu'il y a une différence significative sur ces variables mesurant la santé du couple entre les partenaires, peu importe leur groupe d'âge.

Tableau 5.11

Moyennes et écarts-types de la condition *joueurs* versus *partenaire* du groupe *joueurs* pour chaque variable conjugale

Variables conjugales	Joueur (n = 67)		Partenaire (n = 67)	
	M	ÉT	M	ÉT
ÉAD	97,03	18,27	95,85	21,77
QCI - <i>votre fréquence</i>	32,79	7,50	35,88	7,11
QCI - <i>sa fréquence</i>	32,12	8,81	29,91	11,48
IRP	99,76	17,21	94,13	21,63

Un score total peu élevé à l'IRP indique un bon sentiment d'efficacité personnelle à résoudre ses problèmes personnels.

Tableau 5.12

Moyennes et écarts-types du groupe *joueurs* âgé de 18-54 ans versus 55-75 ans pour chaque variable conjugale

Variables conjugales	Groupe 18-54 ans (n = 41)		Groupe 55-75 ans (n = 26)	
	M	ÉT	M	ÉT
ÉAD	94,55	17,26	100,57	18,62
QCI - <i>votre fréquence</i>	33,54	5,64	35,60	5,38
QCI - <i>sa fréquence</i>	30,78	7,30	31,38	7,40
IRP	99,34	14,58	93,17	11,73

Un score total peu élevé à l'IRP indique un bon sentiment d'efficacité personnelle à résoudre ses problèmes personnels.

Tableau 5.13

Moyennes et écarts-types selon le groupe d'âge et la condition pour chaque variable conjugale

Variables conjugales	Groupe joueurs 18-54 ans (n = 41)				Groupe joueurs 55-75 ans (n = 26)			
	Joueur		Partenaire		Joueur		Partenaire	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
ÉAD	95,60	17,11	93,51	20,36	101,60	19,75	99,54	23,76
QCI - <i>votre fréquence</i>	31,51	7,12	35,56	7,05	34,81	7,78	36,38	7,32
QCI - <i>sa fréquence</i>	31,68	9,11	29,88	11,16	32,81	8,44	29,96	12,20
IRP	102,56	17,91	96,12	20,70	95,35	15,34	91,00	23,07

Un score total peu élevé à l'IRP indique un bon sentiment d'efficacité personnelle à résoudre ses problèmes personnels.

Tableau 5.14

Résultats des analyses de variances multivariées et univariées pour l'effet de l'âge sur les variables conjugales

Effet	Multivariée			Univariée											
	F	dl	p	ÉAD ^a			QCI - votre fréquence ^b			QCI - sa fréquence ^c			IRP ^d		
				F	dl	p	F	dl	p	F	dl	p	F	dl	p
Âge	1,91	4,62	0,121	1,815	1,65	0,183	2,19	1,65	0,143	0,11	1,65	0,744	3,29	1,65	0,744
Condition	2,42	4,62	0,058	0,810	1,65	0,372	5,69	1,65	0,020*	1,64	1,65	0,204	2,38	1,65	0,128
Âge x Condition	0,35	4,62	0,844	0,00	1,65	0,995	1,10	1,65	0,298	0,08	1,65	0,775	0,09	1,65	0,766

^a Échelle d'ajustement dyadique; ^b Questionnaire sur la communication interpersonnelle, sous-échelle *votre fréquence*; ^c Questionnaire sur la communication interpersonnelle, sous-échelle *sa fréquence*; ^d Inventaire de résolution de problème.
 * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

6.1 Mise en contexte de la recherche doctorale

6.1.1 Jeu pathologique et dimension conjugale

Le deuxième chapitre de cette thèse doctorale a présenté les études qui documentent le lien entre le jeu pathologique et la vie conjugale. Les recherches ont étudié cette dimension selon trois angles : (1) les conséquences du jeu pathologique pour le partenaire tel que lui-même les perçoit; (2) les conséquences pour le joueur tel que lui-même les perçoit et (3) les conséquences pour le fonctionnement conjugal et l'ajustement dyadique.

Ces études montrent notamment que le partenaire, le plus souvent de sexe féminin, est confronté à des stressors financiers, présente des symptômes physiques et émotifs et a perdu confiance en son conjoint joueur (Dickson-Swift et al., 2005; Grant-Kalischuk et al., 2006; Lorenz et Shuttlesworth, 1983; Mazzoleni et al., 2009). Le joueur, quant à lui, reconnaît que son problème de jeu peut avoir des répercussions négatives sur sa vie sociale et familiale, qu'il a de la difficulté à exprimer ses émotions, à résoudre ses problèmes (Ladouceur et al., 1997) et rapporte ressentir de la honte et de la culpabilité (Lee, 2002; Lorenz et Yaffee, 1986). Par ailleurs, les conséquences pour la relation conjugale sont la séparation/le divorce (Abbott et al., 1995; Dickson-Swift et al., 2005; Lorenz et Yaffee, 1986), un manque de confiance mutuelle entre les conjoints qui ont de la difficulté à partager et à gérer leurs émotions (c.-à-d., colère) (Dickson-Swift et al., 2005; Ladouceur et al., 1997; Lorenz et Shuttlesworth, 1983; Lorenz et Yaffee, 1986; Steinberg, 1993). L'ajustement

dyadique des couples dont la femme est joueur est aussi montré plus faible que les couples de l'échantillon de validation de l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976) (Dowling, Smith et Thomas, 2009).

Somme toute, bien que ces études soient intéressantes, trois lacunes méthodologiques importantes ont été soulignées. D'abord, ces études sont principalement descriptives et résultent en grande partie d'observations cliniques. Ensuite, ces études ne documentent que partiellement le fonctionnement conjugal en rapportant principalement des conséquences pour la vie de couple (p. ex., le divorce ou la perte de confiance entre les conjoints), sans cibler les variables propres au fonctionnement conjugal qui pourraient être traitées par la thérapie de couple comportementale (TCB), telles que la communication et la résolution de problèmes. Dans le même sens, l'ajustement conjugal, qui est un bon indicateur de l'entente perçue entre les conjoints, n'a été mesuré que dans une seule étude avec un échantillon féminin (Dowling, Smith et Thomas, 2009), ce qui ne représente pas la population habituelle de joueur, surtout masculine. Enfin, la forte majorité des études n'utilisent pas de groupe témoin pour comparer les résultats obtenus, ne permettant pas de tirer des conclusions plus fermes quant à l'influence du jeu au sein du couple.

6.1.2 Jeu pathologique et personnes âgées

Le troisième chapitre de cette thèse doctorale a présenté les quelques études qui documentent la problématique qu'est le jeu chez les personnes âgées de 55 ans et plus. D'abord, il a été montré que ce groupe d'âge s'adonne de plus en plus à la pratique du jeu et que l'accessibilité au jeu semble liée à une augmentation des dépenses et aux difficultés de jeu. Ensuite, il a été vu que les taux de prévalence de joueurs problématiques et pathologiques chez ce groupe d'âge varient d'une étude à l'autre et qu'il est difficile d'avoir une description typique du joueur âgé. Certaines études montrent que les joueurs âgés sont surtout des femmes ayant commencé la pratique du jeu depuis quelques années seulement, alors que d'autres études montrent qu'il s'agit plutôt d'hommes qui jouent depuis de nombreuses années. Les conséquences du jeu problématique/pathologique chez ce groupe d'âge sont aussi peu documentées. Par ailleurs, il a été soulevé que la dimension conjugale puisse être

importante à cette période de la vie étant donné que le conjoint devient la principale source de soutien (Carstensen, 1992), toutefois aucune étude n'aurait étudié ce lien.

6.2 Objectifs, principaux résultats et leur interprétation

6.2.1 Jeu pathologique et fonctionnement conjugal

Le premier objectif de cette thèse était de pallier certaines lacunes méthodologiques actuellement trouvées dans les écrits qui documentent le lien entre la vie conjugale et le jeu pathologique. Plus précisément, par un devis corrélationnel, l'étude a évalué le fonctionnement conjugal et l'ajustement dyadique des couples dont au moins un des conjoints présente un jeu problématique/pathologique. Les informations ont été recueillies chez les deux conjoints à l'aide d'instruments standardisés auto-administrés possédant de bonnes qualités psychométriques. Qui plus est, les données ont été comparées à un groupe de non-joueurs (groupe témoin). Trois hypothèses ont été postulées en lien avec ce premier objectif.

La première hypothèse postulait que les membres du groupe *joueurs* rapporteraient une perception plus négative de leurs habiletés de communication comparés à ceux du groupe *non-joueurs*. Ces habiletés de communication sont la capacité d'émettre des messages clairs, faire de l'écoute active et exprimer du respect envers l'autre, ces trois éléments résultant en un score total élevé. Les résultats confirment cette première hypothèse. Les résultats sont significatifs pour les deux échelles (« votre fréquence » et « sa fréquence »). Un résultat significatif à l'échelle « votre fréquence » indique que chaque membre du couple *joueurs* (c.-à-d., le joueur et le partenaire) perçoit sa propre fréquence de communication plus négativement que ce que les conjoints du groupe témoin rapportent d'eux-mêmes. Les résultats obtenus à l'échelle « sa fréquence » signifient que, comparés au groupe témoin, les conjoints du groupe *joueurs* ont la perception que leur partenaire conjugal emploie moins fréquemment des habiletés de communication adéquates. Ainsi, les couples du groupe *joueurs* seraient moins habiles pour communiquer comparativement aux couples du groupe témoin. Ce résultat suggère que de moins bonnes habiletés de communication peuvent être

tant une cause qu'une conséquence du problème de jeu. Cependant, cette communication moins efficace peut favoriser le maintien du problème de jeu, chacun des conjoints vivant alors leurs difficultés de leur côté. En ce sens, les couples aux prises avec le jeu pourraient bénéficier d'un entraînement aux habiletés de communication tel que proposé par la thérapie de couple comportementale (TCB). Une meilleure communication entre les conjoints, par exemple, permettrait de cibler plus rapidement les signes de rechute (Steinberg, 1993).

La deuxième hypothèse postulait que les membres du groupe *joueurs* rapporteraient une moins bonne perception de leurs habiletés à résoudre des problèmes comparés à ceux du groupe *non-joueurs*. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse. En ce sens, les couples *joueurs* se perçoivent comme étant moins habiles à résoudre leurs problèmes que les couples du groupe témoin. Ces résultats confirment donc, d'une façon standardisée, les observations cliniques et descriptives rapportées dans certains écrits qui laissent présager que les couples aux prises avec le jeu présentent des difficultés à résoudre les problèmes (Steinberg, 1993; Lorenz et Yaffee, 1986). Le fait d'avoir de moins bonnes habiletés de résolution de problème peut agir comme un facteur de maintien, tant de la psychopathologie que de la détresse conjugale. Une TCB, qui comprend une psychoéducation sur les habiletés de résolution de problème pourrait possiblement aider ces couples du groupe *joueurs*, comme le fait la TCB pour les couples dépendants aux substances (Epstein et McCrady, 1998). Cette thérapie conjugale pourrait alors permettre au couple de mieux gérer les difficultés/insatisfactions dans le couple et pourrait aider chacun des conjoints à mieux gérer les problèmes courants, liés ou non au jeu problématique/pathologique. Par exemple, le conjoint joueur arriverait possiblement à mieux gérer ses difficultés liées au jeu et à développer notamment des stratégies d'auto-contrôle. De son côté, le partenaire pourrait arriver à mieux gérer ses propres problèmes comme les difficultés financières, les symptômes physiques et émotifs souvent rapportés par Dickson-Swift et al., 2005; Grant-Kalischuk et al., 2006; Lorenz et Shuttlesworth, 1983; Mazzoleni et al., 2009. En résumé, l'enseignement d'habiletés de résolution de problèmes dans le cadre d'une TCB pourrait possiblement favoriser la diminution du comportement excessif et améliorer la satisfaction conjugale, tel que démontré pour l'abus de substance (Powers, Vedel et Emmelkamp, 2008).

Enfin, les résultats révèlent que le groupe *joueurs* présente un moins bon ajustement dyadique que le groupe *non-joueurs*, confirmant ainsi la troisième hypothèse postulée dans cette thèse. Ainsi, le jeu problématique/pathologique serait lié au niveau d'entente perçue entre les conjoints, les couples joueurs se montrant moins bien ajustés sur le plan conjugal que les couples du groupe témoin. Ces résultats corroborent ceux obtenus dans les deux hypothèses précédentes concernant le fonctionnement conjugal. Ainsi, les résultats trouvés dans cette thèse vont dans le même sens que l'idée avancée par Bélanger et al. (1993) à l'effet qu'il existerait une inter-corrélation entre les variables du fonctionnement conjugal et l'ajustement dyadique. En d'autres mots, un fonctionnement conjugal déficient (évalué dans cette thèse par le QCI et l'IRP) serait lié à un ajustement dyadique plus faible. En plus de cette différence significative entre les deux groupes, la moyenne du groupe *joueurs* ($M = 96,89$, $ÉT = 17,91$) obtenue à l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976) est à moins un écart-type de la moyenne de la validation québécoise ($M = 113,7$, $ÉT = 14,9$), ce qui correspondrait à 16% de la population (Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986). Ces résultats suggèrent que le jeu problématique/pathologique soit lié à des conséquences bien réelles sur l'ajustement conjugal perçu par les conjoints. De l'autre côté, la moyenne du groupe *non-joueurs* ($M = 107,58$, $ÉT = 15,54$) est interprétée comme un couple satisfait selon l'instrument. Toutefois, la moyenne du groupe *non-joueurs* est inférieure à celle trouvée dans l'échantillon normatif utilisé pour la validation de la version francophone de l'instrument ($M = 113,7$, $ÉT = 14,9$) (Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986). Le fait d'avoir publicisé l'étude en mettant de l'avant l'atelier d'enrichissement gratuit sur la vie conjugale a possiblement interpellé davantage les couples aux prises avec certaines difficultés conjugales. Bien que la moyenne paraisse plus faible, il est toutefois impossible de savoir si les couples de l'échantillon actuel sont significativement moins bien ajustés que l'échantillon normatif étant donné que des analyses de comparaison n'ont pas été effectuées.

Il est important de souligner que les analyses n'ont pas fait ressortir de différences significatives entre le conjoint joueur et son partenaire quant à la résolution de problèmes et à l'ajustement conjugal. Ainsi, pour le moment, il n'est pas démontré que les conjoints ont une perception différente quant à leurs capacités à résoudre des problèmes et à leur ajustement

dyadique. Toutefois, lorsque les résultats obtenus par l'analyse univariée sont analysés, deux effets ressortent significatifs. D'abord, tous groupes confondus, le partenaire évalue sa propre fréquence de communication plus favorablement que ce qu'il perçoit de celle de son conjoint. Le partenaire semble donc avoir la perception qu'il est plus habile à communiquer, et ce, que son conjoint soit joueur ou non. Une explication possible à ce résultat est que l'échelle de communication interpersonnelle est la seule variable où l'individu évalue sa propre fréquence et ensuite, celle de son conjoint. Si le partenaire avait eu à évaluer, pour chaque variable, sa fréquence et celle de son conjoint, il se percevrait possiblement toujours plus habile que lui. Tel que vu dans les écrits, le partenaire attribuerait ses problèmes financiers, sociaux et conjugaux au problème de jeu de son conjoint. Dans l'étude de Dickson-Swift et al. (2005) par exemple, le partenaire laisse supposer que si son conjoint cesse de jouer, il demeurera dans la relation, attribuant ainsi toute la responsabilité de la détresse conjugale à son conjoint joueur. Par ailleurs, les résultats de la présente étude indiquent un effet d'interaction groupe x condition sur la variable de la résolution de problèmes. Cet effet d'interaction révèle que, dans le groupe *joueurs*, le partenaire rapporte une meilleure perception de ses habiletés à résoudre ses problèmes comparé à son conjoint joueur alors que, dans le groupe *non-joueurs*, c'est plutôt le participant et non le partenaire qui rapporte un sentiment d'efficacité personnel plus élevé à résoudre ses problèmes. Cet effet d'interaction peut être expliqué par la méthode employée pour attribuer les libellés participant versus partenaire dans le groupe *non-joueurs*. En effet, le titre de « participant » a été donné d'emblée au conjoint qui manifestait le premier son intérêt pour la recherche, le libellé « partenaire » allait donc à son conjoint. Il existe donc un biais d'attribution, car l'individu qui manifeste un intérêt pour participer à une étude fait preuve de stratégies proactives qui laissent croire à de meilleures stratégies de résolution de problèmes. Cette explication est d'autant plus probable, étant donné que l'étude était publicisée en mettant de l'avant l'atelier sur le couple et la sexualité. Un individu d'abord intéressé par l'étude pouvait y voir la possibilité d'obtenir un moyen pour améliorer sa relation de couple. En ce sens, une distribution aléatoire des libellés « participant » et « partenaire » n'aurait pas donné cet effet d'interaction groupe x condition puisque, par le principe même de la distribution aléatoire, les moyennes auraient été les mêmes pour le conjoint et le partenaire.

Ces résultats significatifs quant aux trois hypothèses sont intéressants et laissent présumer que la dimension conjugale mérite une place plus importante dans le traitement du jeu pathologique qui s'effectue principalement en individuel pour le moment. Les contributions cliniques et méthodologiques de cette thèse seront discutées plus amplement dans une section ultérieure.

6.2.2 Joueurs âgés et vie conjugale

Le deuxième objectif de cette thèse était d'explorer le fonctionnement conjugal et l'ajustement dyadique chez les joueurs problématiques/pathologiques âgés afin de mieux comprendre les répercussions psychosociales du jeu chez ce groupe d'âge. Plus spécifiquement, des joueurs âgés de 55 ans et plus ont été comparés à des joueurs de 18-54 ans par rapport à leur communication interpersonnelle, la résolution de problèmes et l'ajustement dyadique. Trois hypothèses ont été postulées en lien avec ce deuxième et dernier objectif.

Les trois hypothèses qui ont été postulées suggéraient que les membres du groupe de joueurs plus âgés présenteraient une perception plus négative que ceux du groupe plus jeune de leurs habiletés à communiquer, de leurs capacités à résoudre des problèmes et de leur ajustement dyadique. Les résultats ne permettent pas de confirmer ces hypothèses. En effet, aucune des trois hypothèses n'obtient de résultats significatifs. En ce sens, il n'est pas possible, pour le moment, de démontrer qu'il existe une différence entre les joueurs plus âgés et les joueurs plus jeunes sur le plan de leur fonctionnement conjugal et de leur ajustement dyadique. D'une part, il est possible d'expliquer ces résultats non significatifs par trois caractéristiques propres à l'échantillon de cette étude. Certaines limites méthodologiques de l'étude actuelle peuvent aussi expliquer ces résultats non significatifs et seront abordées dans la prochaine section.

D'abord, les joueurs âgés de cet échantillon présentent un niveau de jeu moins sévère que les joueurs plus jeunes. En effet, les résultats au SOGS et à l'entrevue DSM-IV sont

significativement moins élevés pour le groupe de joueurs âgés. Cette distinction trouvée dans l'échantillon actuel quant à la sévérité du jeu peut créer un biais statistique et ainsi mener aux résultats non significatifs. Il serait intéressant de vérifier si, à niveau de jeu égal, les couples âgés rapporteraient plus de difficultés conjugales. En ce sens, étudier le niveau de jeu de façon continue en termes de degré de sévérité plutôt que de façon catégorielle pourrait permettre d'obtenir des résultats différents. Par exemple, une question de recherche intéressante pourrait être : la détresse conjugale est-elle plus sévère à un âge plus avancé en fonction de la sévérité du jeu?

Par ailleurs, la différence entre les groupes quant à l'état civil et à la durée de la relation de couple peut être une autre explication possible pour ces résultats non significatifs. En effet, selon Brown (2000), il semblerait que la qualité de la relation d'une union de fait soit généralement inférieure à celle d'un mariage dans la mesure où l'union de fait est un état moins stable que le mariage. En ce sens, les joueurs âgés de cette étude sont significativement plus nombreux à être mariés, contrairement aux joueurs plus jeunes qui sont plutôt en union de fait. Qui plus est, les joueurs âgés rapportent une durée de relation trois fois plus longue que les joueurs plus jeunes. Ainsi, les joueurs âgés de cet échantillon présentant une plus grande stabilité, ceci aurait pu avoir une incidence positive sur la perception de leur fonctionnement conjugal.

Enfin, il aurait été tentant d'expliquer ces résultats quant aux différences non significatives par rapport au sexe du joueur. Ces résultats auraient été dans le sens de Petry (2002) qui rapporte que les joueurs âgés sont plutôt des femmes dont le niveau de jeu et les conséquences psychosociales semblent moins sévères puisque le début du problème de jeu est plus récent. Toutefois, bien que l'échantillon du groupe *joueurs âgés* présente plus de femmes que dans le groupe plus jeune, les analyses de comparaison ne font pas ressortir de différences significatives entre les groupes. Cette hypothèse quant au sexe n'est donc pas possible dans l'étude actuelle. Dans ce cas-ci, une explication plus probable à ces résultats non significatifs est le nombre de participants limité. En effet, un échantillon plus grand aurait favorisé une puissance statistique plus élevée et aurait peut-être permis de confirmer

ces hypothèses ou, du moins, aller dans le sens de la différence quant au sexe entre les joueurs âgés et les joueurs plus jeunes. Finalement, des limites méthodologiques peuvent expliquer davantage ces résultats non significatifs quant à ces trois hypothèses par rapport à l'âge et seront discutées dans la section suivante portant sur les limites méthodologiques et les pistes de recherches futures.

D'autre part, il est possible que les joueurs âgés soient moins touchés par les difficultés de jeu, contrairement à ce qui a été postulé dans cette thèse. Certains auteurs mentionnent notamment que les problèmes de jeu sont inversement liés à l'âge du joueur et que l'âge est en soi un facteur de protection contre le jeu pathologique (Shaffer, Hall et Vander Bilt, 1997). L'âge peut possiblement être aussi un facteur de protection contre la détresse conjugale.

6.3 Limites méthodologiques et pistes de recherches futures

L'une des premières limites méthodologiques de cette étude est fort probablement le fait que la population ciblée pour le recrutement ait changé en cours d'année. En effet, l'agence de recrutement, engagée pour compléter l'échantillon de joueurs âgés, a recruté dans un échantillon populationnel, alors que les joueurs plus jeunes ont été recrutés dans un échantillon clinique. Ce changement a sans doute eu des conséquences sur la représentativité des échantillons et explique possiblement le fait que l'échantillon de joueurs âgés présente un niveau de jeu moins sévère que les joueurs plus jeunes. Qui plus est, la stratégie d'augmenter le montant d'argent symbolique (c.-à-d., passant de 15 \$ à 50 \$) a possiblement attiré des participants aux motivations différentes. Malgré ces changements, il faut souligner que plusieurs précautions ont été prises afin de conserver la même procédure de cueillette des données. Plus spécifiquement, l'étude a été publicisée de la même façon, les critères d'inclusions initiaux ont été respectés et l'intervieweur de l'agence a été formé pour utiliser les mêmes protocoles que les intervieweurs de l'équipe de recherche. Par ailleurs, il est important de rappeler que les couples qui ne respectaient pas les critères requis pour l'étude (p. ex., non-respect des critères pour le niveau de jeu, données manquantes de plus de 20 %)

et qui étaient surreprésentés dans l'échantillon recruté par l'agence ont été retirés de l'échantillon final. Somme toute, compte tenu de ces précautions et du fait que seul le groupe âgé ait subi ces changements, il est possible de penser que ces modifications n'ont eu qu'un léger impact sur l'ensemble de l'échantillon.

Ensuite, le fait que les variables dépendantes aient été évaluées uniquement à l'aide de questionnaires auto-administrés peut avoir biaisé les résultats. D'abord, certains termes ont pu être mal interprétés par les participants. Conscients de cette possibilité, les chercheurs ont prévu qu'un assistant de recherche soit disponible pour répondre aux questions des participants. Ces derniers auraient eu recours à l'assistant d'une façon plutôt régulière, ce qui nuance certainement cette limite méthodologique. Par ailleurs, une seconde limite des tests auto-administrés est que le joueur et le partenaire ont pu sous-estimer ou surestimer leurs habiletés conjugales et leur ajustement dyadique. En ce sens, en plus de ces tests auto-administrés, une codification indépendante aurait pu être utilisée afin de vérifier d'une façon plus objective les patrons d'interactions conjugaux. Par exemple, une partie de l'entrevue *in vivo* aurait pu être utilisée pour mettre en scène une situation conjugale conflictuelle afin de coter, à l'aide d'une grille d'observation, la communication et la résolution de problèmes. Cette thèse faisant partie d'une étude plus vaste, l'utilisation des questionnaires auto-administrés était le moyen le plus réaliste pour respecter les différentes contraintes de l'étude (c.-à-d., budget et durée de l'expérimentation). Cependant, il serait intéressant d'ajouter un instrument de codification des interactions conjugales dans de futures recherches.

Enfin, une dernière limite méthodologique de cette étude concerne le devis corrélationnel. Bien que ce devis permette de déterminer l'existence d'un lien entre certaines variables conjugales et les problèmes de jeu, seule une étude longitudinale permettrait de se positionner quant au lien de causalité entre le fonctionnement conjugal et le jeu problématique/pathologique. Une telle étude d'envergure devrait s'effectuer auprès de jeunes couples sans problème de jeu qui accepteraient d'être suivis à intervalles réguliers jusqu'à un âge avancé. Cette étude permettrait d'abord de mieux connaître le sens du lien entre le fonctionnement conjugal et la pathologie. Par exemple, est-ce les problèmes de couple qui

prédisposent au jeu pathologique ou les problèmes de jeu qui mènent aux difficultés conjugales? Ensuite, il serait possible d'identifier quelles sont les variables qui contribuent à maintenir le problème de jeu en plus d'identifier les facteurs qui contribuent à la chronicité du problème.

6.4 Contributions scientifiques de cette thèse

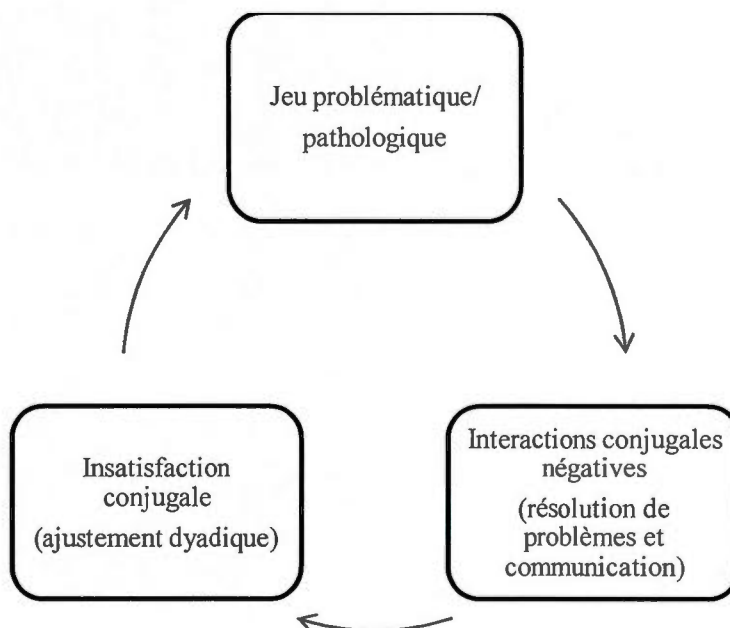
Malgré les limites méthodologiques mentionnées plus haut, cette thèse comporte des améliorations méthodologiques et des contributions théoriques et cliniques significatives. En ce qui concerne les améliorations méthodologiques, cette étude pallie plusieurs lacunes méthodologiques trouvées dans les études actuelles. D'abord, contrairement à plusieurs études qui ont surtout décrit les conséquences pour la relation conjugale (par ex., la séparation ou le divorce), il s'agit de la première étude à évaluer le fonctionnement conjugal des couples aux prises avec le jeu problématique/pathologique, et ce, à l'aide d'instruments standardisés. Cette façon de faire répond ainsi à deux lacunes importantes trouvées dans les écrits et a permis de vérifier, d'une façon plus objective, le fonctionnement des couples dont l'un des conjoints présente une difficulté liée au jeu. Par ailleurs, cette étude doctorale se démarque certainement par l'ajout d'un groupe témoin permettant ainsi de conclure de façon plus ferme que les conséquences rapportées au sein du couple sont bien attribuables aux difficultés de jeu et à la comorbidité associée. Une autre force importante de cette étude concerne l'échantillon recruté qui est, à la connaissance de l'auteur, l'un des plus gros échantillons lorsqu'il s'agit d'étudier le fonctionnement conjugal dans cette population précise. Il est également important de souligner que cette thèse est l'une des premières études à vérifier le lien entre le fonctionnement conjugal et les difficultés de jeu. Il serait important de répliquer les résultats en utilisant la même rigueur afin de rendre plus solides les conclusions actuelles.

En guise de contributions théoriques, les résultats obtenus dans cette étude soutiennent les conclusions d'autres chercheurs indiquant que les couples vivant des difficultés de jeu présentent des difficultés maritales. Bien que le devis corrélationnel de cette

étude ne permette pas de déterminer le sens du lien, il est possible de penser qu'il existe une interrelation entre les deux variables. En ce sens, elle adhère au fondement théorique qui stipule un lien bidirectionnel entre la détresse conjugale et la psychopathologie. Le modèle de génération du stress de la détresse conjugale (Davila et al., 1997) pourrait possiblement être adapté pour les joueurs problématiques/pathologiques (voir figure 6.1).

Figure 6.1

Adaptation du modèle Génération du stress de la détresse conjugale au problème de jeu



Compte tenu des différences trouvées quant au fonctionnement conjugal entre les joueurs et les non-joueurs, cette thèse confirme l'importance d'étudier le développement d'une TCB propre aux joueurs et à leur partenaire telle qu'elle existe déjà pour les troubles d'abus de substances (Epstein et McCrady, 1998; McCrady, Epstein et Hirsch, 1999; McCrady et al., 1991; O'Farrell, 1994; O'Farrell et Fals-Stewart, 2000, 2003).

En ce qui concerne les contributions cliniques, les résultats de cette étude vont dans le sens qu'un enseignement des stratégies de résolution de problèmes et un entraînement à la communication interpersonnelle puissent être bénéfiques pour les couples dont l'un des conjoints est joueur. Par ailleurs, les résultats obtenus dans cette étude ne permettent pas de montrer qu'il existe une différence significative entre les conjoints du groupe *joueurs* quant à leur fonctionnement conjugal et leur ajustement dyadique. Ainsi, les conjoints semblent avoir une perception similaire par rapport à leur vie conjugale, l'un ne se montrant pas plus compétent que l'autre dans ses habiletés maritales. La dynamique conjugale doit être considérée comme un élément central dans le processus de guérison. En ce sens, une TCB pourrait être bénéfique pour les deux conjoints, et non uniquement pour celui présentant la psychopathologie. Dans le même sens, aucune donnée ne permet, pour le moment, de faire une distinction entre les joueurs plus jeunes et plus âgés. Ainsi, la TCB pourrait être offerte, et ce, indépendamment de l'âge des conjoints. Cependant, étant donné que les problèmes conjugaux semblent attribuables au problème de jeu, il est légitime de questionner l'intérêt du partenaire non joueur à prendre part à ce type de traitement. Celui-ci pourrait avoir tendance à jeter la faute entièrement et uniquement sur son conjoint joueur et donc ne pas se sentir interpellé par ce genre de traitement. Ainsi, il paraît important d'étudier davantage la place que peut prendre le partenaire non joueur, non seulement dans le cadre d'une TCB, mais aussi dans le traitement de ce problème complexe.

D'un point de vue clinique, lorsqu'un individu présente une psychopathologie, il est souvent seul à consulter. Il peut alors être motivé par l'idée de diminuer sa propre détresse ou encore être soumis aux pressions de son entourage, voire de son partenaire. Cette pression de l'entourage semble effectivement contribuer d'une manière significative à ce que le joueur pathologique cherche de l'aide thérapeutique (Weinstock et al., 2011). Cependant, comme il est préalablement décrit dans cette thèse, l'entourage du joueur semble relativement affecté par le problème de ce dernier et semble lui aussi avoir besoin d'aide. En effet, les impacts sont significatifs à un tel point qu'il est justifié, dans certains états américains, d'offrir à grande échelle des services propres à l'entourage du joueur (par ex., Gam-Anon). Il est vrai

que cette offre de service à l'entourage est plutôt courante dans le domaine des dépendances, mais cela ne veut pas dire qu'elle est systématique et suffisante. Au Québec, par exemple, il existe peu de ressources pour l'entourage. Certes, quelques livres sont disponibles (p. ex., Boutin et Ladouceur, 2006) et certains centres de traitement offrent de l'aide individuelle aux proches, mais ces ressources semblent plutôt rares, telles que celles proposées pour d'autres psychopathologies. En ce sens, une TCB pourrait répondre à ce manque, à condition de considérer le partenaire comme un patient et non seulement comme un cothérapeute. En effet, dans le domaine de l'abus de substances, le partenaire est traditionnellement considéré comme l'aidant naturel du conjoint présentant la psychopathologie. Considérant le poids de cette problématique et la détresse que peut présenter le partenaire, il est temps de conceptualiser chacun d'eux comme étant porteur d'une détresse spécifique et de leur offrir un service propre à chacun.

CONCLUSION

En somme, le premier objectif de cette thèse était d'étudier les liens entre la détresse conjugale et le jeu problématique/pathologique en comparant le fonctionnement conjugal et l'ajustement dyadique de couples dont l'un des conjoints est joueur à des couples sans problème de jeu. Les variables de fonctionnement conjugal ont été choisies en nous référant aux variables ciblées lors d'une thérapie de couple comportementale, soit la communication interpersonnelle et la résolution de problèmes. L'ajustement dyadique a été ajouté puisqu'il est souvent lié au fonctionnement conjugal et constitue une mesure plus globale. Les résultats de cette étude suggèrent que les joueurs pathologiques et leur partenaire présentent de moins bonnes habiletés de communication, de moins bonnes habiletés de résolution de problèmes et un moins bon ajustement dyadique que les conjoints non joueurs. Le second objectif était d'étudier davantage ces variables conjugales chez les personnes âgées de plus de 55 ans. Les hypothèses avancées proposaient que les habiletés de communication, les habiletés de résolution de problèmes et l'ajustement dyadique soient moins bonnes chez les joueurs âgés de plus de 55 ans comparés aux joueurs plus jeunes. Les résultats de cette étude ne permettent pas de confirmer ces hypothèses.

Tout compte fait, malgré certaines limites méthodologiques, cette étude comporte des améliorations méthodologiques importantes qui permettent de conclure plus fermement à l'existence d'un lien entre le jeu pathologique et la dimension conjugale. Il est souhaitable qu'elle inspire de futures recherches qui auront notamment comme principal objectif l'amélioration des traitements offerts à cette clientèle. Celles-ci pourraient commencer par répliquer les résultats actuels tout en clarifiant la place que peut prendre le partenaire pour ensuite focaliser sur le développement de traitements propres à cette population. Qui plus est, les recherches doivent poursuivre l'étude des joueurs plus âgés afin de dégager un portrait plus clair de ce sous-groupe. Ces prochaines études pourraient alors favoriser l'élaboration de traitements plus adaptés à cette clientèle et ainsi contribuer à pouvoir mieux intervenir auprès d'elle.

APPENDICE A

DOUZE ÉTAPES SERVANT DE GUIDE AU RÉTABLISSEMENT DU JOUEUR SELON LE MOUVEMENT DES GAMBLERS ANONYMES (GA)

DOUZE ÉTAPES DES GA

« 1. Nous avons admis notre impuissance face au jeu - que nous avons perdu le contrôle de notre vie.

2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pourrait nous redonner une manière normale de penser et de vivre.

3. Nous avons pris la décision de remettre notre volonté et notre vie à cette Puissance supérieure telle que nous la concevons.

4. Nous avons fait un bilan personnel, moral et financier, sans réserve et sans crainte.

5. Nous avons admis à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.

6. Nous étions tout à fait prêts à voir supprimer ces défauts de caractère.

7. Nous avons humblement demandé à Dieu, tel que nous Le concevons, de remédier à nos imperfections.

8. Nous avons fait une liste de toutes les personnes à qui nous avons causé du tort et sommes devenus prêts à faire amende à tous.

9. Nous avons fait amende directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf si, en le faisant, nous leur faisons du tort, à eux ou à d'autres.

10. Nous avons continué à faire notre bilan personnel et lorsque nous avons tort, l'avons admis promptement.

11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous le concevons, priant seulement pour connaître Sa volonté à notre égard et nous donner la force de l'exécuter.

12. Ayant fait un effort pour mettre ces principes en pratique dans tous les domaines de notre vie, nous avons essayé d'apporter ce message à d'autres joueurs compulsifs. »

(Tiré du site des Gamblers anonymes, www.gaquebec.org/)

APPENDICE B

DIFFÉRENTS PROTOCOLES/CANEVAS UTILISÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE POUR CHAQUE ÉTAPE, DU RECRUTEMENT À LA COLLECTE DE DONNÉES)

- B.1 Recrutement au Centre Dollard-Cormier
- B.2 Entrevue téléphonique initiale
- B.3 Entrevue *in vivo* et questionnaires

Promotion du projet auprès du Centre Dollard-Cormier

Nous savons que vous venez tout juste d'entreprendre une démarche au CDC. C'est rapide de vous solliciter pour participer à notre étude

- Mais on pense que notre étude pourrait vous aider p-c-q'on vous offre une belle ressource conjugale aux participants
 - o Selon nous, cela peut vous aider pour votre problème de jeu

Nous sommes les **deux coordonnatrices** du projet CJH. Ce projet est dirigé par les **Docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer**, chercheurs dans le domaine du couple, de la sexualité, de la santé physique et psychologique et du jeu.

CJH est un projet subventionné par le **Fonds québécois en recherche sur la société et la culture**.

- Il a été développé pour mieux **comprendre** les couples qui vivent un problème de jeu
- De plus, il permettra **par la suite de mieux aider** les personnes ayant un problème de jeu en intervenant sur le couple **puisque'on sait qu'une relation de couple saine protège contre les problèmes de santé mentale et physique...**

Ceux d'entre vous qui veulent participer à l'étude devront d'abord faire une **courte entrevue téléphonique**, ensuite **venir à l'UQAM** pour une entrevue avec une personne de l'équipe et **remplir une série de questionnaires** sur la vie de couple, sur le jeu et sur la santé mentale et physique.

On recherche des couples qui ont un problème de jeu et d'autres qui n'en ont pas. On aimerait **recueillir 80 couples du Centre-Dollard Cormier** pour l'étude. **Si vous connaissez d'autres couples** avec ou sans problèmes de jeu, vous pouvez leur transmettre nos coordonnées.

Pour participer, vous devez :

- **Être en couple depuis un an et plus ;**
- **Habiter ensemble OU vous fréquenter au moins 3 fois par semaine OU si vous êtes séparés, la séparation doit être liée au problème de jeu ;**
- **Vous et votre partenaire devez accepter de répondre aux entrevues et aux questionnaires en français (nous pourrons vous offrir les services d'une personne pour vous aider à remplir les questionnaires si besoin est)**

Tout est confidentiel. Vos noms sont remplacés par des codes secrets et les données seront consultées uniquement par le personnel rapproché du projet.

Avantages de participer :

- **Atelier gratuit** sur le couple et la sexualité qui est d'une durée de **5 heures** et donné pas des intervenants

- Cette journée de formation vous permettra **d'acquérir de nouveaux outils** pour améliorer votre vie de couple : apprendre à mieux communiquer, à mieux gérer des conflits et à favoriser une meilleure intimité sexuelle au sein de votre couple
- On vous remettra **15 dollars** pour couvrir vos frais de déplacements à l'UQAM.
- Votre contribution à cette étude permettra de **faire avancer la recherche** dans ce domaine où nous avons encore très peu de connaissances
- **Deux étudiants** font aussi leur **thèse** de doctorat sur ce projet et ont besoin de votre collaboration pour réaliser leur thèse de doctorat.
- Si cela vous intéresse, nous pourrions également **vous remettre un résumé des résultats** de l'étude lorsqu'elle sera terminée.

Pour ceux qui sont intéressés à participer à l'étude, vous **n'aurez qu'à remplir la fiche de couleur** qui se trouve dans vos documents et un **membre de notre équipe communiquera avec vous** et votre partenaire concernant l'étude.

Merci d'avoir pris de votre temps pour entendre parler de ce projet. Si vous avez des questions ou des commentaires, il me fera plaisir d'y répondre.

Protocole pour l'entrevue téléphonique**Premier contact :****➤ Répondeur**

Bonjour, le message est pour (M. ou Mme ____). Mon nom est _____ et j'appelle de l'Université du Québec à Montréal. Vous avez laissé vos coordonnées pour participer à une étude et je retourne votre appel. Vous pouvez me contacter au 514-987-3000 poste 6725 et il me fera plaisir de vous donner plus d'information. Alors je répète le numéro, le 514-987-3000 poste 6725 et mon nom est _____ au plaisir de vous parler très bientôt et bonne journée!

➤ Quelqu'un répond

Bonjour, est-ce que je pourrais parler à (Mme ou M. ____)?

- « C'est moi-même! »

Bonjour (Mme ou M ____), mon nom est _____ j'appelle de l'Université du Québec à Montréal concernant l'étude Couple et Jeux de Hasard. Vous avez laissé vos coordonnées donc je retourne votre appel. Alors, voulez-vous que je vous donne plus d'informations concernant notre étude?

- « Il n'est pas là pour le moment! »

Selon vous, à quel moment serait-il possible pour moi de (la, le) contacter? Merci, alors je rappellerai à ce moment, bonne journée.

Explication de l'étude :

Alors, l'étude Couple et Jeux de Hasard est dirigée par le docteur Gilles Trudel, psychologue-chercheur spécialisé sur le couple et la sexualité et le docteur Richard Boyer, sociologue et épistémologiste spécialisé sur la santé. L'objectif de l'étude consiste à aller voir l'impact que peut avoir le jeu à l'intérieur du couple. Qu'est-ce que ça fait au niveau du couple lorsqu'un des conjoints pratique le jeu? C'est une question importante puisque l'on sait que cela peut être difficile au niveau du couple alors on s'intéresse à

savoir à quel niveau exactement. L'objectif à long terme est d'implanter des ressources pour venir en aide aux couples dont un des conjoints présente une difficulté reliée au jeu. C'est important puisqu'actuellement au Québec nous sommes la seule ressource disponible pour aider les couples dans leurs difficultés face au jeu, ce qui est insuffisant étant donné qu'il y a près de 3 % de la population qui présente cette difficulté.

Pour réaliser l'étude, nous avons besoin de couples qui ne jouent pas du tout, d'autres qui jouent de façon modérée et d'autres qui jouent de façon plus excessive. Pour participer, vous devez accepter de vous déplacer à l'UQAM pour faire une entrevue avec un intervenant et répondre à des questionnaires en français. En échange, nous vous offrons gratuitement deux journées sur le couple et l'intimité dans le couple. Ces deux journées sont offertes gratuitement par des psychologues qui vous donneront des trucs pour mieux communiquer, gérer des conflits, résoudre des difficultés et même développer une meilleure intimité au sein de votre couple. Ces journées sont facultatives, mais si vous y assistez, elles vous permettront d'enrichir votre vie de couple.

Dans l'ensemble l'étude comporte 3 étapes. La première est une entrevue téléphonique d'environ 10 à 15 minutes qui se fait individuellement avec chacun des conjoints. Dans cette entrevue, nous posons des questions sur vos habitudes de jeu. La deuxième étape, quant à elle, consiste en une entrevue à l'UQAM avec un intervenant. Nous vous remettons 15\$ par couple pour payer les frais de déplacement. J vais vous dire un peu comment ça se passe lorsque vous venez à l'UQAM. Alors, dans un premier temps, l'intervenant vous rencontre en couple pour une dizaine de minutes. Il vous pose certaines questions d'ordre général, par exemple si vous avez des enfants, quel âge ils ont, donc des questions vraiment générales pour nous permettre de tracer un portrait global de votre situation. Ensuite, tout ce qui concerne le couple et le jeu se fait de façon individuelle. Donc, l'intervenant rencontre la conjointe pour 20 à 30 minutes et pendant ce temps, le conjoint est dans une autre pièce pour remplir les questionnaires. Les questionnaires sont de type papier-crayon, c'est-à-dire qu'il y a toujours des choix de réponse et vous devez cocher celle qui correspond le plus à votre réalité. Lorsque l'entrevue avec la conjointe est terminée, on inverse les rôles. Le conjoint vient en entrevue et la conjointe va dans une autre pièce remplir son propre questionnaire. Tout se fait de façon individuelle. Tout est confidentiel et anonyme. Il n'y a pas de nom qui

apparaît sur les questionnaires, c'est toujours un code secret qui est utilisé. Aussi, aucune information n'est transmise à l'autre conjoint. Donc votre conjoint ne sera pas au courant de ce que vous nous dites et vice versa. De façon générale cette rencontre à l'UQAM dure environ 3h le temps de faire l'entrevue et de répondre aux questionnaires. Ensuite, nous vous contactons pour vous offrir les deux journées d'atelier qui sont offertes gratuitement par des psychologues. Donc, en gros, c'est comme ça que se déroule l'étude. Nous vous offrons une belle ressource pour vous aider. Il est important de vous mentionner que les ateliers aborderont l'aspect conjugal et non pas le problème de jeu. Par contre, nous pouvons vous donner différentes ressources pour vous aider dans le problème de jeu. Est-ce que vous avez des questions ou désirez plus d'information? Êtes-vous d'accord pour participer? Est-ce que votre conjoint est au courant de votre démarche pour participer à notre étude? Est-ce que vous pensez qu'il sera d'accord pour participer?

- **Oui à tout :**

Nous pouvons fixer immédiatement l'entrevue téléphonique avec vous et ensuite nous fixerons l'entrevue à l'UQAM. Alors, à quel moment êtes-vous disponible, vous et votre conjoint, pour que je puisse vous appeler pour faire l'entrevue téléphonique qui durera environ 10 à 15 minutes par conjoint?
(Fixer un rdv le plus tôt possible).

- **Non, le conjoint n'est pas au courant :**

Vous pouvez lui en parler et je vous rappellerai dans quelques jours, supposons _____ *(fixer la journée du nouveau contact)*. Sinon, s'il est avec vous présentement, je peux lui parler maintenant pour lui donner plus d'informations.

Au premier contact : fixer un rendez-vous téléphonique le plus tôt possible. Si le couple ne peut pas, fixer une date où nous allons les rappeler.

À l'entrevue téléphonique : fixer un rendez-vous pour l'entrevue à l'UQAM le plus tôt possible. Sinon, fixer une date où nous allons les rappeler. Donner l'adresse : 320, Ste-Catherine Est

Vous entrez par la porte du 320. Montez par l'escalier devant vous au premier étage. Allez vers la droite jusqu'au bout où la porte rouge. Au bout vous tournez à gauche, vous allez voir la toilette des hommes et une porte. Vous ouvrez la porte pour prendre le couloir et ce sera la cinquième porte à votre gauche, le local DS-1830. Ce sera (M. ou Mme____) votre intervenant.

Si vous prenez des médicaments, inscrivez le nom, la posologie et la raison pour laquelle vous les prenez. Cela vous permettra de sauver du temps à l'entrevue.

L'intervenant vous appellera la journée même de sa rencontre pour confirmer le rdv. D'ici là, si jamais il vous arrivait un pépin et que vous ne pouvez vous présenter à l'entrevue, nous comptons sur vous pour nous avertir le plus tôt possible. Nous avons plusieurs personnes à rencontrer et si vous ne venez pas, cela nous permettra de rencontrer quelqu'un d'autre ou encore de ne pas faire déplacer l'intervenant pour rien. Vous pouvez nous contacter au 514-987-3000 poste 6725 C'est très important pour nous. Est-ce que vous avez des questions avant que nous mettions fin à l'appel? Non, alors dans ce cas, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et je vous souhaite une bonne journée.

Entrevues In Vivo : Couple et jeux de hasard**1) Explication du projet**

- Se présenter... Je vais commencer par vous donner divers renseignements sur le projet, n'hésitez pas à me poser des questions...
- Le projet Couple et Jeux de Hasard est dirigé par les Docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer, experts dans le domaine du couple, de la sexualité, de la santé mentale et physique et, récemment, dans le domaine du jeu.
- Subvention du FQRSC (fonds québécois en recherche sur la société et la culture)
- Objectif de l'étude : dans un premier temps, l'objectif est de mieux comprendre la dynamique des couples dont l'un des deux partenaires (ou les 2) a un problème de jeu. Par la suite, nous aimerions mettre sur pied des ressources conjugales pour mieux aider les joueurs.
- L'étude se déroule en différentes étapes : aujourd'hui, on commence par une entrevue et par la suite vous allez remplir des questionnaires individuellement.
- Si vous êtes intéressés, vous pourrez par la suite assister à des ateliers sur le couple et la sexualité, afin d'apprendre à mieux communiquer, à mieux résoudre des conflits et à favoriser une meilleure intimité sexuelle (et c'est gratuit !!!)
- Je vous remets également 15 \$ pour couvrir vos frais de déplacements à l'UQAM. *Donner l'argent, faire signer le reçu et remplir le formulaire de petite caisse.*
- Si vous êtes intéressés, je vous enverrai un résumé des résultats de l'étude lorsque ce sera terminé (dans quelques années). *Si le couple est intéressé, leur faire écrire leurs coordonnées sur le formulaire.*

2) Déroulement de la rencontre d'aujourd'hui

- Entrevue couple (données de base sur chacun d'entre vous, p.ex. revenu, emploi occupé).
- ***Rappelez vous que... Si l'♂ et la ♀ = 3 et + au SOGS, ils devront remplir l'ISP et l'entrevue DSM-IV !!!***
- Entrevue femme (l'homme fait l'ISP)
- Entrevue homme (la femme fait l'ISP)
- Dans ces entrevues individuelles, il sera question du jeu, de santé mentale et physique, du couple et de sexualité.

3) Après l'entrevue

- Lire le protocole de passation des questionnaires

- Remercier les participants et leur dire que l'on va les rappeler pour la journée d'ateliers sur le couple et la sexualité

Leur remettre la liste de ressources psychologiques, si pertinent

APPENDICE C

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Entrevue téléphonique

Questionnaire de présélection pour l'étude : « Couple et Jeux de Hasard »

N.B. : Écrire lisiblement, en lettres moulées et à la mine.

Date de l'entrevue : ____ / ____ / ____ (jj, mm, aa)

No de couple : ____ (à l'entrevue in vivo)

Intervieweur/se : _____

Code secret femme : F - _____

Exemple : F - 26050401VV

sexe - jj mm aa rang initiales de l'intervieweur

Code secret homme : H - _____

Le conjoint a exactement le même code, sauf pour le sexe.

Groupe d'attribution :

	20 - 54	55 - 75
Non problématiques < 3	1	2
Potentiellement problématiques 3 ou 4	3	4
Probablement problématiques > 5	5	6

1. Quel est le sexe de la personne qui a appelé ou qui a laissé ses coordonnées ?

Femme 1 Homme 2

2. Comment avez-vous entendu parler de notre étude ?

Centre Dollard Cormier	____ / ____ / ____	1
Journaux :		
La Presse	____ / ____ / ____	2
Journal de Montréal	____ / ____ / ____	3
Journal le Bel Âge	____ / ____ / ____	4
Revues		
Le Bel Âge	____ / ____ / ____	5
C.L.S.C.	____ / ____ / ____	6
Clubs d'âge d'or	____ / ____ / ____	7
Autres : _____	____ / ____ / ____	X

3. Renseignements généraux de la femme :

a) Nom : _____

b) Prénom : _____

c) D.D.N. : ____ / ____ / ____

d) Âge : ____ ans

e) No. Domicile : (____) ____ - ____ OK mess.: ☐ f) No. Travail (____) ____ - ____

g) No. Cellulaire: () -

h) Autre tel () -

i) Adresse

Numéro civique : Rue / avenue :

Appartement : Ville : Code Postal :

j) À quel groupe ethnique ou culturel vous identifiez-vous (par exemple : autochtone, québécois, canadien, arabe, grec...) ?

k) Quelle est votre appartenance religieuse actuelle ?

Aucune	1
Catholique romaine	2
Église unie	3
Anglicane	4
Grecque orthodoxe	5
Juive	6
Islamique	7
Autre, précisez :	8

4. Renseignements généraux de l'homme :

a) Nom :

b) Prénom :

c) D.D.N. : / /

d) Âge : ans

e) No. Domicile: () - **OK mess.:** ☐ f) No travail () -

g) No. Cellulaire: () -

h) Autre tel () -

i) Adresse

Numéro civique : Rue / avenue :

Appartement : Ville : Code postal :

j) À quel groupe ethnique ou culturel vous identifiez-vous (par exemple : autochtone, québécois, canadien, arabe, grec...) ?

k) Quelle est votre appartenance religieuse actuelle ?

Aucune	1
Catholique romaine	2
Église unie	3
Anglicane	4

Grecque orthodoxe	5
Juive	6
Islamique	7
Autre, précisez : _____	8

5. Est-ce que vous habitez ensemble présentement ?

Oui	1	Non	2
Année du début de la cohabitation : _____ mois : _____		(Si non : continuer)	
(Si oui : passer à la question 6)			

5.a) Est-ce que vous avez déjà habité ensemble ?

Oui	1	Non	2
(Si oui : continuer)		(Si non : passer à la question 5c)	

5.b) Est-ce que la séparation est due à un problème de jeu ?

Oui	1	Non	2
(Si oui : passer à la question 6)		(Si non : continuer)	

5c) Combien de fois vous fréquentez-vous par semaine (avec ou sans activités sexuelles) ?

Deux fois ou moins par semaine	1
Trois fois ou plus par semaine	2

Si deux fois ou moins par semaine : refuser le participant

6. Est-ce que vous prévoyez vous séparer prochainement ?

Oui	1	Non	2
(Si oui : continuer)		(Si non : passer à la question 7)	

6a) Si oui, dans combien de temps?

Dans moins d'une semaine	1
Dans plus d'une semaine, mais moins d'un mois	2
Dans plus d'un mois	3

6b) Est-ce que le problème de jeu est la principale raison de cette éventuelle décision ?

Oui	1	Non	2
-----	---	-----	---

S'assurer que la séparation est bien due au problème de jeu, sinon, refuser le participant

Marié	Union de fait	Séparé	Divorcé	Célibataire (en couple)
1	2	3	4	5

Année du début de la relation : _____ mois : _____

Si la réponse est moins d'un an : refuser le participant

Oui 1 Non 2

Oui	1	Non	2
-----	---	-----	---

Oui	1	Non	2
-----	---	-----	---

Oui	1	Non	2
-----	---	-----	---

Oui	1	Non	2
-----	---	-----	---

14. Dès maintenant, seriez-vous prêt(e) à répondre par téléphone à un questionnaire sur les habitudes de jeu ?

Oui 1

Non 2

(Si oui : faire passer le SOGS)

(Si non : passer à la question 14a)

14a) Prendre un r.d.v. avec la personne pour le SOGS téléphonique :

Date du rendez-vous : ____ / ____ / ____ Heure : ____

Disponibilités : _____

15. À quel moment de la journée seriez-vous tous les deux disponibles pour venir répondre aux questionnaires ?

Disponibilités : _____

Date du rendez-vous (s'il y a lieu) : ____ / ____ / ____ Heure : ____

J'aimerais maintenant m'entretenir avec votre partenaire pour vérifier ses disponibilités pour répondre, par téléphone, au questionnaire sur les habitudes de jeu.

16. (*s'adressant au partenaire*) Dès maintenant, seriez-vous prêt(e) à répondre par téléphone à un questionnaire sur les habitudes de jeu?

Oui 1

Non 2

(Si oui : faire passer le SOGS)

(Si non : passer à la question 16a)

16a) Si la personne accepte, mais n'est pas disponible présentement ; prendre un r.d.v. avec la personne :

Date du rendez-vous : ____ / ____ / ____ Heure : ____

Disponibilités : _____

**Après avoir fait les 2 SOGS, compléter la page CRITÈRES D'INCLUSION.
Si le couple remplit tous les critères : accepter le couple, sinon : le refuser.**

COMMENTAIRES :

Questionnaire créé par Anic Anderson Ph.D.(c), Vanessa Villeneuve Ph.D.(c) et Pascale Harvey Ph.D.(c)

APPENDICE D

QUESTIONNAIRES SUR LES HABITUDES ET LE NIVEAU DE JEU

D.1 South Oaks Gambling Screen-version téléphonique

D.2 Questionnaire basé sur les Critères du DSM-IV - brève entrevue semi-structurée

SOGS TÉLÉPHONIQUE



Date de la passation : _____
 (J/M/A)
 Code secret : _____
 No de couple : _____
 Groupe d'attribution : _____
 Expérimentateur : _____

- 1A. Pendant la dernière année, combien de fois avez-vous joué ou parié de l'argent: "très souvent", "quelques fois", "une fois de temps à autre" ou "jamais"?

Très souvent	Quelques fois	Une fois de temps à autre	Jamais
4	3	2	1

(15)

- 1B. En pensant à différents types de paris et de jeux que certaines personnes pratiquent et que d'autres ne pratiquent pas. (**Lire chaque facteur**):

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est **OUI**, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".

	(À VIE)				AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, (Lire les choix)							
	Oui	Non	NSP	NRP	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	À chaque jour	NSP	NRP	
A. Avez-vous déjà acheté des billets de loterie?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(16-17)
B. Êtes-vous déjà allé à un casino?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(18-19)
Si oui, y avez-vous joué?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(20-21)
C. Avez-vous déjà joué au bingo (pas la Loto-bingo) pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(22-23)

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est OUI, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".

	(À VIE)				AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, (Lire les choix)							
	Oui	Non	NSP	NRP	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	À chaque jour	NSP	NRP	
D. Avez-vous déjà joué aux cartes pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(24-25)
E. Avez-vous déjà parié aux courses de chevaux, de chiens ou autres animaux?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(26-27)
F. Avez-vous déjà joué au marché boursier, ou sur des marchés à terme?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(28-29)
G. Avez-vous déjà joué aux machines à sous, au vidéo-poker ou à d'autres types de machines?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(30-31)
H. Avez-vous déjà joué aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(32-33)
I. Avez-vous déjà joué aux dés pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(34-35)
J. Avez-vous déjà parié sur les sports?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(34-35)
K. Avez-vous déjà joué à tout autre jeu pour de l'argent? Précisez : _____	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(36-37)

Si NON de A à K alors PAQ 17 (dernière page)

- 2a. En pensant aux différents types de paris que nous venons de mentionner plus haut, quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu lors d'une seule journée en jouant ou en pariant?

_____ \$ (38-43)

- 2b. **Au cours des 12 derniers mois**, toujours en pensant aux différents types de paris que nous venons de mentionner plus haut, quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu lors d'une seule journée en jouant ou en pariant?

_____ \$ (44-49)

Si **OUI** seulement **A** et/ou **C** et le montant est de **1,00\$** ou moins **PAQ. 17 (dernière page)**

- 3a. Lorsque vous jouez, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire, c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant? (lire les choix)

À chaque fois	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais	NSP	NRP
4	3	2	1	8	9

(50)

Si **JAMAIS**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ 4a**

- 3b. Lorsque vous avez joué **au cours des 12 derniers mois**, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire, c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant? (**Lire les choix**)

À chaque fois	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais	NSP	NRP
4	3	2	1	8	9

(51)

- 4a. Avez-vous déjà affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

(52)

Si **NON**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ. 5**

(Si oui) Est-ce que vous l'avez affirmé? (**Lire les choix**)

À chaque fois	Une fois sur deux	Moins d'une fois sur deux	NSP	NRP
1	2	3	8	9

(53)

- 4b. **Au cours des 12 derniers mois**, avez-vous affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu?

OUI	NON	NSP	NRP	
1	2	8	9	(54)

Si **NON**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ. 5**

(Si oui) Est-ce que vous l'avez affirmé? (Lire les choix)

À chaque fois	Une fois sur deux	Moins d'une fois sur deux	NSP	NRP	
1	2	3	8	9	(55)

Pour les prochaines questions, veuillez répondre par **OUI** ou par **NON**.

O N N N
U O S R
I N P P

5. Avez-vous déjà joué **ou parié** plus que vous en aviez l'intention? 1 2 8 9 (56)
- Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (57)
6. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu? 1 2 8 9 (58)
- Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (59)
7. Vous êtes-vous déjà senti coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez? 1 2 8 9 (60)
- Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (61)
8. Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de jouer, mais pensiez que vous en étiez incapable? 1 2 8 9 (62)
- Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (63)
9. Avez-vous déjà caché des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes (de jeu) loin de votre conjoint(e), vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie? 1 2 8 9 (64)
- Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (65)
- 10a. Vous êtes-vous déjà disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent? 1 2 8 9 (66)

Si **NON**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ. 11**

- 10b. Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu? 1 2 8 9 (67)

O N N N
U O S R
I N P P

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 11

- 10c. Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (68)
11. Vous êtes-vous déjà absenté de votre travail (ou de l'école) à cause du jeu? 1 2 8 9 (69)
- Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (70)
12. Avez-vous déjà emprunté de l'argent pour jouer ou payer des dettes de jeu? 1 2 8 9 (71)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 13

(Si OUI) l'argent provenait-il: (Lire les choix)

- A. De votre budget familial? 1 2 8 9 (15)
- Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (16)
- B. De votre conjoint(e)? 1 2 8 9 (17)
- Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (18)
- C. De parents? 1 2 8 9 (19)
- Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (20)
- D. De banques ou de compagnies de prêts? 1 2 8 9 (21)
- Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (22)
- E. De cartes de crédit? 1 2 8 9 (23)
- Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (24)
- F. De prêts usuriers (Shylocks)? 1 2 8 9 (25)
- Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (26)
- G. De vente d'actions, ou de bons d'épargne? 1 2 8 9 (27)

		O	N	N	N	
		U	O	S	R	
		I	N	P	P	
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(28)
H.	De vente de propriétés personnelles ou familiales?	1	2	8	9	(29)
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(30)
I.	En faisant de faux chèques?	1	2	8	9	(31)
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(32)
J.	D'une marge de crédit avec un preneur aux livres (bookmaker)?	1	2	8	9	(33)
	SI OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	
K.	D'une marge de crédit avec un casino?	1	2	8	9	
	SI OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	
13.	Avez-vous déjà emprunté de l'argent et n'avez pas remboursé cet emprunt à cause de votre jeu?	1	2	8	9	
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(34)
14.	Est-ce que l'un ou l'autre de vos parents ont ou ont eu un problème de jeu?					
	1 Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop					
	2 Mon père joue (ou jouait) trop					
	3 Ma mère joue (ou jouait) trop					
	4 Aucun des deux ne joue (ou ne jouait) trop					
15.	Pensez-vous avoir déjà eu un problème de jeu?	1	2	8	9	(36)
	Si OUI, pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(37)
16.	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à jouer?					
,	(Si ne sais pas...demandez approximativement)					(38-39)

88 = NSP
99 = NRP

- 17 En vous excluant, dans votre foyer, est-ce qu'il y a une personne de 18 ans et plus qui présente un problème de jeu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

SI OUI, quel est son lien avec vous? _____

Grille de correction

Pour être considéré **joueur à risque**, l'individu doit répondre **Oui au cours des 12 derniers mois** à au moins **3 items** pour les questions 3a à 15

Pour être considéré **joueur pathologique**, l'individu doit répondre **Oui au cours des 12 derniers mois** à au moins **5 items** pour les questions 3a à 15

SOGS TÉLÉPHONIQUE



Date de la passation : _____
 (J/M/A)
 Code secret : _____
 No de couple : _____
 Groupe d'attribution : _____
 Expérimentateur : _____

1A. Pendant la dernière année, combien de fois avez-vous joué ou parié de l'argent: "très souvent", "quelques fois", "une fois de temps à autre" ou "jamais"?

Très souvent	Quelques fois	Une fois de temps à autre	Jamais
4	3	2	1

(15)

1B. En pensant à différents types de paris et de jeux que certaines personnes pratiquent et que d'autres ne pratiquent pas. (**Lire chaque facteur**):

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est OUI, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est OUI, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".	(À VIE)				AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, (Lire les choix)							
	Oui	Non	NSP	NRP	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	À chaque jour	NSP	NRP	
A. Avez-vous déjà acheté des billets de loterie?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(16-17)
B. Êtes-vous déjà allé à un casino?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(18-19)
Si oui, y avez-vous joué?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(20-21)
C. Avez-vous déjà joué au bingo (pas la Loto-bingo) pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(22-23)
D. Avez-vous déjà joué aux cartes pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(24-25)

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est OUI, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".

	(À VIE)				AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, (Lire les choix)							
	Oui	Non	NSP	NRP	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	À chaque jour	NSP	NRP	
E. Avez-vous déjà parié aux courses de chevaux, de chiens ou autres animaux?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(26-27)
F. Avez-vous déjà joué au marché boursier, ou sur des marchés à terme?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(28-29)
G. Avez-vous déjà joué aux machines à sous, au vidéo-poker ou à d'autres types de machines?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(30-31)
H. Avez-vous déjà joué aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(32-33)
I. Avez-vous déjà joué aux dés pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(34-35)
J. Avez-vous déjà parié sur les sports?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	
K. Avez-vous déjà joué à tout autre jeu pour de l'argent? Précisez : _____	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(36-37)

Si NON de A à K alors PAQ 17 (dernière page)

- 2a. En pensant aux différents types de paris que nous venons de mentionner plus haut, quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu lors d'une seule journée en jouant ou en pariant?

_____ \$ (38-43)

- 2b. **Au cours des 12 derniers mois**, toujours en pensant aux différents types de paris que nous venons de mentionner plus haut, quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu lors d'une seule journée en jouant ou en pariant?

_____ \$ (44-49)

Si **OUI** seulement **A** et/ou **C** et le montant est de **1,00\$** ou moins **PAQ. 17 (dernière page)**

- 3a. Lorsque vous jouez, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire, c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant? (lire les choix)

À chaque fois	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais	NSP	NRP
4	3	2	1	8	9

(50)

Si **JAMAIS**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ 4a**

- 3b. Lorsque vous avez joué **au cours des 12 derniers mois**, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire, c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant? (**Lire les choix**)

À chaque fois	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais	NSP	NRP
4	3	2	1	8	9

(51)

- 4a. Avez-vous déjà affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

(52)

Si **NON**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ. 5**

(Si oui) Est-ce que vous l'avez affirmé? (**Lire les choix**)

À chaque fois	Une fois sur deux	Moins d'une fois sur deux	NSP	NRP
1	2	3	8	9

(53)

- 4b. **Au cours des 12 derniers mois**, avez-vous affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

(54)

Si **NON**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ. 5**

(Si oui) Est-ce que vous l'avez affirmé? (Lire les choix)

À chaque fois	Une fois sur deux	Moins d'une fois sur deux	NSP	NRP
1	2	3	8	9

(55)

Pour les prochaines questions, veuillez répondre par OUI ou par NON.

O N N N
U O S R
I N P P

5. Avez-vous déjà joué **ou parié** plus que vous en aviez l'intention? 1 2 8 9 (56)

Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (57)

6. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu? 1 2 8 9 (58)

Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (59)

7. Vous êtes-vous déjà senti coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez? 1 2 8 9 (60)

Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (61)

8. Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de jouer, mais pensiez que vous en étiez incapable? 1 2 8 9 (62)

Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (63)

9. Avez-vous déjà caché des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes (de jeu) loin de votre conjoint(e), vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie? 1 2 8 9 (64)

Si **OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (65)

10a. Vous êtes-vous déjà disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent? 1 2 8 9 (66)

Si **NON**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ. 11**

10b. Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu? 1 2 8 9 (67)

Si **NON**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ. 11**

O N N N
U O S R
I N P P

- 10c. **SI OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (68)
11. Vous êtes-vous déjà absenté de votre travail (ou de l'école) à cause du jeu? 1 2 8 9 (69)
- Si OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (70)
12. Avez-vous déjà emprunté de l'argent pour jouer ou payer des dettes de jeu? 1 2 8 9 (71)

Si **NON**, **NSP** ou **NRP** alors **PAQ. 13**

(**Si OUI**) l'argent provenait-il: (**Lire les choix**)

- A. De votre budget familial? 1 2 8 9 (15)
- Si OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (16)
- B. De votre conjoint(e)? 1 2 8 9 (17)
- Si OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (18)
- C. De parents? 1 2 8 9 (19)
- Si OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (20)
- D. De banques ou de compagnies de prêts? 1 2 8 9 (21)
- Si OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (22)
- E. De cartes de crédit? 1 2 8 9 (23)
- Si OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (24)
- F. De prêts usuriers (Shylocks)? 1 2 8 9 (25)
- Si OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (26)
- G. De vente d'actions, ou de bons d'épargne? 1 2 8 9 (27)
- Si OUI**, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (28)

		O U I	N O N	N S P	N R P	
H.	De vente de propriétés personnelles ou familiales?	1	2	8	9	(29)
	Si OUI , est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(30)
I.	En faisant de faux chèques?	1	2	8	9	(31)
	Si OUI , est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(32)
J.	D'une marge de crédit avec un preneur aux livres (bookmaker)?	1	2	8	9	(33)
	SI OUI , est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	
K.	D'une marge de crédit avec un casino?	1	2	8	9	
	SI OUI , est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	
13.	Avez-vous déjà emprunté de l'argent et n'avez pas remboursé cet emprunt à cause de votre jeu?	1	2	8	9	
	Si OUI , est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(34)
14.	Est-ce que l'un ou l'autre de vos parents ont ou ont eu un problème de jeu?					
	1 Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop					
	2 Mon père joue (ou jouait) trop					
	3 Ma mère joue (ou jouait) trop					
	4 Aucun des deux ne joue (ou ne jouait) trop					
15.	Pensez-vous avoir déjà eu un problème de jeu?	1	2	8	9	(36)
	Si OUI , pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(37)
16.	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à jouer? (Si ne sais pas...demandez approximativement)					(38-39)

88 = NSP
99 = NRP

- 17 En vous excluant, dans votre foyer, est-ce qu'il y a une personne de 18 ans et plus qui présente un problème de jeu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

SI OUI, quel est son lien avec vous? _____

Numéro de couple :

Groupe d'attribution :

Code secret :

Questionnaire basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV

(Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet, 2000)

À l'interviewer : Vous devez lire chacun des critères tels qu'ils sont écrits ici. Après une première lecture, si la personne ne comprend pas bien, vous pouvez reformuler l'item afin qu'il soit bien compris. Pour chacun des 10 critères du DSM-IV, vous devez pouvoir dire clairement si **OUI** ou **NON** la personne rencontre le critère. En cas de doute, posez davantage de sous-questions. Certains comportements de jeu tels que l'augmentation de la mise (Q2) et le désir de se refaire (Q6) sont typiques à la problématique. Si la personne répond non à ces critères, il serait donc important de contre-vérifier la réponse.

1. Vous arrive-t-il d'être préoccupé(e) par le jeu (par exemple, préoccupation par le rappel d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par des moyens de se procurer de l'argent pour jouer) ?

OUI _____

NON _____

2. Avez-vous besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré ?

Si la personne ne comprend pas : Êtes-vous porté à augmenter votre mise ou vous en tenez-vous toujours à des mises minimales ?

OUI _____

NON _____

3. Avez-vous déjà fait des efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu ?

OUI _____

NON _____

- 3.1. Quelle(s) manière(s), truc(s) ou stratégie(s) avez-vous utilisé(s) ?

- 4 Avez-vous ressenti de l'agitation ou de l'irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de jeu ?**

OUI _____

NON _____

Même si la personne a répondu NON à la Q4, il faut poser cette question.

4.1 Lorsque vous êtes en train de jouer et qu'il y a impossibilité pour vous de continuer à jouer pour toutes sortes de raisons (fermeture de l'établissement, rendez-vous, n'a plus d'argent, etc.), ressentez-vous alors de l'agitation, de l'irritabilité ou de l'impatience ?

OUI _____

NON _____

4.2. Si OUI, quelle est l'intensité de cette agitation ou irritabilité ?

0	1	2	3	4	5
Nulle	Très légère	Légère	Moyenne	Sévère	Très sévère

- 5 Est-ce que vous jouez pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par exemple : des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression) ?**

OUI _____

NON _____

- 6 Après avoir perdu de l'argent au jeu, retournez-vous souvent jouer un autre jour pour recouvrer vos pertes (pour «vous refaire») ?**

OUI _____

NON _____

- 7 Vous arrive-t-il de mentir à votre famille, à votre thérapeute ou à d'autres personnes pour dissimuler l'ampleur réelle de vos habitudes de jeu ?**

OUI _____

NON _____

- 8 Avez-vous commis des actes illégaux tels que falsifications, fraudes, vols ou détournements d'argent pour financer la pratique du jeu ?**

OUI _____

NON _____

8.1. Si OUI, à quand remonte la dernière fois ? _____

8.2. Quel(s) acte(s) illégal(aux) et combien de fois ?

	Nombre de fois	
Faux chèques	_____	_____
Fraudes	_____	_____
Vols	_____	_____
Détournement de fonds	_____	_____

Autre (spécifiez) : _____

9. Avez-vous mis en danger ou perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu ?

OUI _____ NON _____

9.1. Si OUI, à quand remonte la dernière fois ? _____

9.2. Il s'agit... ?

Relations familiales	_____
Relations conjugales	_____
Relations de travail	_____
Emploi	_____
Relations amicales	_____
Études	_____

10. Comptez-vous sur les autres pour obtenir de l'argent et vous sortir de situations financières désespérées dues au jeu ?

OUI _____ NON _____

10.1. Si OUI, à quand remonte la dernière fois ? _____

Date de l'entrevue: _____ / _____ / _____
 Jour mois année

Intervieweur : _____
 Prénom et nom en lettres moulées

Commentaires:

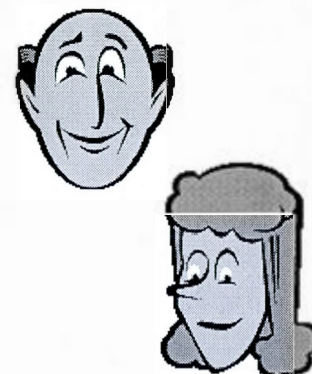
Tiré de Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet. *Le jeu excessif : comprendre et vaincre le gambling*, p. 251, 2000.

Adapté par Pascale Harvey et Geneviève Pilon, Laboratoire sur le couple et la sexualité, Université du Québec à Montréal, avril 2004.

APPENDICE E

ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES POUR LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET DESCRIPTIVES

- E.1 Entrevue semi-structurée *in vivo*
- E.2 Inventaire de dépression de Beck (BDI-II)
- E.3 Échelle d'anxiété IPAT (IPAT)
- E.4 Michigan alcoholism screening test – version courte (B-MAST)

Entrevue In vivo

Date de la passation : _____
(J/M/A)
Code secret femme : _____
Code secret homme : _____
No de couple : _____
Groupe d'attribution : _____
Expérimentateur : _____

Document confidentiel

Merci de votre collaboration, qui est essentielle à la réussite de cette étude menée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

Cette recherche est sous la direction du **Dr Gilles Trudel** (Ph.D.), professeur et chercheur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et du **Dr Richard Boyer** (Ph.D.), chercheur au Centre de Recherche Fernand Séguin. Cette étude s'effectue avec la collaboration du **Centre Dollard-Cormier**, spécialiste dans le domaine du traitement des joueurs excessifs.

Pour toutes questions ou commentaires sur l'étude, n'hésitez pas à communiquer avec les coordonnatrices du projet, mesdames Anic Anderson Ph.D. (c) et Vanessa Villeneuve Ph. D. (c).

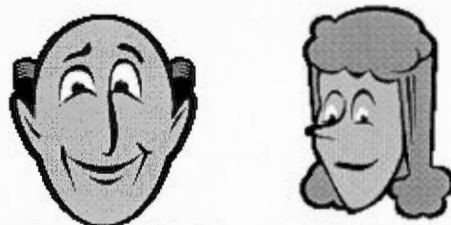
Instructions :

L'entrevue qui va suivre porte sur différents aspects de votre vie. La première partie se fait en couple et recueille des informations de base sur chacun d'entre vous. Une entrevue individuelle sera ensuite faite avec madame et avec monsieur. Ces deux entrevues individuelles porteront sur votre santé physique et mentale, votre relation de couple et vos habitudes de jeu.

Vous aurez plusieurs choix de réponses et devrez sélectionner la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Prenez le temps de penser à chaque question avant de répondre.

Répondez à toutes les questions de l'entrevue en pensant à ce qui vous arrive actuellement.

Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à demander des explications supplémentaires.



DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Questions à poser aux deux partenaires.

Q1. Avez-vous des enfants nés de votre union ?

Oui 1
Non 2

Q2. Si oui, combien d'enfants avez-vous eu, quel est leur sexe, quel âge ont-ils et demeurent-ils avec vous ?

Rang	Sexe	Âge	Cohabitent ✓
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Ces questions portent sur votre statut socio-économique. Rappelez-vous que les données demeurent confidentielles et anonymes.

***Q3. Madame, quel est votre plus haut niveau de scolarité complété ?**

1. ☐ Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
2. ☐ Première année
3. ☐ Deuxième année
4. ☐ Troisième année
5. ☐ Quatrième année
6. ☐ Cinquième année
7. ☐ Sixième année
8. ☐ Septième année
9. ☐ Huitième année ou secondaire I
10. ☐ Neuvième année ou secondaire II
11. ☐ Dixième année ou secondaire III
12. ☐ Onzième année ou secondaire IV
13. ☐ Douzième année ou secondaire V (posez la Q3a)
14. ☐ Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
15. ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale
16. ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep
17. ☐ Études partielles à l'université
18. ☐ Certificat(s) universitaire(s) de 1^{er} cycle acquis
19. ☐ Baccalauréat(s) acquis
20. ☐ Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis
21. ☐ Certificat(s) universitaire(s) de 2^e cycle acquis
22. ☐ Maîtrise(s) acquise(s)
23. ☐ Doctorat(s) acquis

***Q3a. Quel est le diplôme d'études secondaires que vous avez obtenu ?**

1. ☐ Un diplôme d'études secondaires générales
2. ☐ Un diplôme d'études secondaires professionnelles
3. ☐ Un diplôme d'études secondaires générales et un diplôme d'études secondaires professionnelles
4. ☐ Ne s'applique pas à sa situation

***Q4. Monsieur, quel est votre plus haut niveau de scolarité complété ?**

1. ☐ Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
2. ☐ Première année
3. ☐ Deuxième année
4. ☐ Troisième année
5. ☐ Quatrième année
6. ☐ Cinquième année
7. ☐ Sixième année
8. ☐ Septième année
9. ☐ Huitième année ou secondaire I
10. ☐ Neuvième année ou secondaire II
11. ☐ Dixième année ou secondaire III
12. ☐ Onzième année ou secondaire IV
13. ☐ Douzième année ou secondaire V (posez la Q4a)
14. ☐ Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
15. ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale
16. ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep
17. ☐ Études partielles à l'université
18. ☐ Certificat(s) universitaire(s) de 1^{er} cycle acquis
19. ☐ Baccalauréat(s) acquis
20. ☐ Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis
21. ☐ Certificat(s) universitaire(s) de 2^{ième} cycle acquis
22. ☐ Maîtrise(s) acquise(s)
23. ☐ Doctorat(s) acquis

***Q4a. Quel est le diplôme d'études secondaires que vous avez obtenu ?**

1. ☐ Un diplôme d'études secondaires générales
2. ☐ Un diplôme d'études secondaires professionnelles
3. ☐ Un diplôme d'études secondaires générales et un diplôme d'études secondaires professionnelles
4. ☐ Ne s'applique pas à sa situation

Les questions 5 à 5d s'adressent à madame.

Q5. Madame, quelles sont vos occupations principales ? À l'administrateur : si la personne donne plus d'une réponse, indiquez par une étoile * quelle est l'occupation principale.

Emploi rémunéré	1 (continuer)
Chômage mois : _____ année : _____	2
Aide sociale mois : _____ année : _____	3
Études mois : _____ année : _____	4
Entretien de la maison et/ou soin des enfants mois : _____ année : _____	5
Retraite mois : _____ année : _____	6
Sans emploi mois : _____ année : _____	7
Autres ? Préciser : _____ mois : _____ année : _____	8

Si la personne est sans emploi rémunéré depuis plus d'un an, PAQ 6

Q5a. Travaillez-vous...

À votre compte	1
Pour un seul employeur	2
Pour plus d'un employeur	3

Q5b. Actuellement, votre emploi est-il... À l'administrateur : si la personne donne plus d'une réponse, indiquez par une étoile * quelle est l'occupation principale.

Un emploi permanent à temps plein	1
Un emploi permanent à temps partiel	2
Un emploi temporaire à durée déterminée (avec date de fin d'emploi)	3
Un emploi temporaire à durée indéterminée (sans date de fin d'emploi)	4
Un autre type d'emploi ? Préciser : _____	5

Q5c. Poste principal occupé : _____
Poste secondaire occupé : _____

Q5d. Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi?

Principal : Année : _____ Mois : _____
 Secondaire : Année : _____ Mois : _____

Les questions 6 à 9 s'adressent à madame.

***Q6. Madame, quel est votre revenu d'emploi individuel pour les 12 derniers mois (avant impôts) ?**

1. ☐ Aucun revenu personnel
2. ☐ 1\$ à 999\$
3. ☐ 1 000\$ à 5 999\$
4. ☐ 6 000\$ à 11 999\$
5. ☐ 12 000\$ à 19 999\$
6. ☐ 20 000\$ à 24 999\$
7. ☐ 25 000\$ à 29 999\$
8. ☐ 30 000\$ à 34 999\$
9. ☐ 35 000\$ à 39 999\$
10. ☐ 40 000\$ à 44 999\$
11. ☐ 45 000\$ à 49 999\$
12. ☐ 50 000\$ à 74 999\$
13. ☐ 75 000\$ à 99 999\$
14. ☐ 100 000\$ et plus

***Q7. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ?**

1. ☐ Je me considère à l'aise financièrement
2. ☐ Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille
3. ☐ Je me considère pauvre
4. ☐ Je me considère très pauvre

***Q8. Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation ?**

1. ☐ Moins d'un an
2. ☐ Entre 1 et 4 ans
3. ☐ Entre 5 et 9 ans
4. ☐ 10 ans et plus

***Q9. Croyez-vous que votre situation financière va s'améliorer ?**

1. ☐ Oui, dans un proche avenir
2. ☐ Oui, je ne sais pas quand, mais j'ai l'espoir que ça va s'améliorer
3. ☐ Non, je ne crois pas que ça va changer
4. ☐ Non, je crois que ça va empirer

Les questions 10 à 10d s'adressent à monsieur.

Q10. Monsieur, quelles sont vos occupations principales ? À l'administrateur : si la personne donne plus d'une réponse, indiquez par une étoile * quelle est l'occupation principale.

Emploi rémunéré	1 (continuer)
Chômage mois : _____ année : _____	2
Aide sociale mois : _____ année : _____	3
Études mois : _____ année : _____	4
Entretien de la maison et/ou soin des enfants mois : _____ année : _____	5
Retraite mois : _____ année : _____	6
Sans emploi mois : _____ année : _____	7
Autres ? Préciser : _____ mois : _____ année : _____	8

Si la personne est sans emploi rémunéré depuis plus d'un an, PAQ 11

Q10a. Travaillez-vous...

À votre compte	1
Pour un seul employeur	2
Pour plus d'un employeur	3

Q10b. Actuellement, votre emploi est-il... À l'administrateur : si la personne donne plus d'une réponse, indiquez par une étoile * quelle est l'occupation principale.

Un emploi permanent à temps plein	1
Un emploi permanent à temps partiel	2
Un emploi temporaire à durée déterminée (avec date de fin d'emploi)	3
Un emploi temporaire à durée indéterminée (sans date de fin d'emploi)	4
Un autre type d'emploi ? Préciser : _____	5

Q10c. Poste principal occupé : _____
Poste secondaire occupé : _____

Q10d. Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi ?

Principal : Année : _____ Mois : _____
 Secondaire : Année : _____ Mois : _____

Les questions 11 à 14 s'adressent à monsieur.

***Q11. Monsieur, quel est votre revenu d'emploi individuel pour les 12 derniers mois (avant impôts) ?**

1. ☐ Aucun revenu personnel
2. ☐ 1\$ à 999\$
3. ☐ 1 000\$ à 5 999\$
4. ☐ 6 000\$ à 11 999\$
5. ☐ 12 000\$ à 19 999\$
6. ☐ 20 000\$ à 24 999\$
7. ☐ 25 000\$ à 29 999\$
8. ☐ 30 000\$ à 34 999\$
9. ☐ 35 000\$ à 39 999\$
10. ☐ 40 000\$ à 44 999\$
11. ☐ 45 000\$ à 49 999\$
12. ☐ 50 000\$ à 74 999\$
13. ☐ 75 000\$ à 99 999\$
14. ☐ 100 000\$ et plus

***Q12. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ?**

1. ☐ Je me considère à l'aise financièrement
2. ☐ Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille
3. ☐ Je me considère pauvre
4. ☐ Je me considère très pauvre

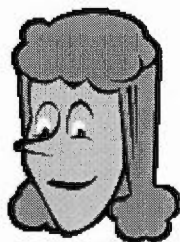
***Q13. Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation ?**

1. ☐ Moins d'un an
2. ☐ Entre 1 et 4 ans
3. ☐ Entre 5 et 9 ans
4. ☐ 10 ans et plus

***Q14. Croyez-vous que votre situation financière va s'améliorer ?**

1. ☐ Oui, dans un proche avenir
2. ☐ Oui, je ne sais pas quand, mais j'ai l'espoir que ça va s'améliorer
3. ☐ Non, je ne crois pas que ça va changer
4. ☐ Non, je crois que ça va empirer

L'administrateur demande à monsieur de sortir de la pièce pour faire l'entrevue avec madame.



SECTION A : SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Ces questions portent sur votre bien-être physique et psychologique et celui de votre conjoint

Q15. En général, comment percevez-vous votre santé physique ?

1. ☐ Excellente
2. ☐ Très bonne
3. ☐ Bonne
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvaise

Q16. En général, comment percevez-vous la santé physique de votre conjoint ?

1. ☐ Excellente
2. ☐ Très bonne
3. ☐ Bonne
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvaise

Q17. En général, comment percevez-vous votre santé psychologique ?

1. ☐ Excellente
2. ☐ Très bonne
3. ☐ Bonne
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvaise

Q18. En général, comment percevez-vous la santé psychologique de votre conjoint ?

1. ☐ Excellente
2. ☐ Très bonne
3. ☐ Bonne
4. ☐ Passable

5. ☐ Mauvaise

Q19. Madame, prenez-vous des médicaments ?

Oui 1
Non 2

Q19a. Si oui, pourriez-vous me dire lesquels, en quelle quantité (posologie) et pour quel problème ?

<i>Médic.</i>	Nom	Posologie	Raison/trouble
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Q20. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consommée de la drogue sans prescription ou ordonnance, par exemple :

	Oui	Non
Marijuane, hachich, pot, grass	1	2
Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	1	2
Cocaïne, crack, free base,	1	2
Héroïne, smack, morphine	1	2
LSD, acide, mescaline, champignon (mush)	1	2

Q21. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris certaines substances par exemple des tranquillisants, somnifères, sédatifs, sans prescription ou ordonnance ?

Oui 1
Non 2

Q21a. Si oui, lesquels?

<i>Subs.</i>	Nom	Posologie	Raison/trouble
1			
2			

SECTION B : DONNÉES SUR LA RELATION CONJUGALE ET LES HABITUDES DE JEU

Les questions qui suivent portent sur votre vie conjugale et vos habitudes de jeu.

Q22. Madame, tout au long de votre vie, combien de relations significatives avec cohabitation avez-vous connues, excluant celle-ci ?

Q22a. Quelle a été la durée de chacune d'entre elles ?

1^{ère} : _____ 2^{ième} : _____ 3^{ième} : _____

Q22b. Avez-vous eu des enfants lors de ces relations significatives, si oui, combien?

1^{ère} : _____ 2^{ième} : _____ 3^{ième} : _____

Q22c. Si oui, quel est leur sexe, quel âge ont-ils et demeurent-ils avec vous ?

Union (1 – 2 – 3)	Sexe	Âge	Cohabitent ✓

Q23. Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction par rapport à votre relation de couple actuellement ?

1. ☐ Excellent
2. ☐ Très bon
3. ☐ Bon
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvais

Q24. Comment pensez-vous que votre conjoint qualifie son degré de satisfaction par rapport à votre relation de couple actuellement ?

1. ☐ Excellent

- 2. ☐ Très bon
- 3. ☐ Bon
- 4. ☐ Passable
- 5. ☐ Mauvais

Q25. Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction par rapport à la qualité de la communication dans votre couple actuellement ?

- 1. ☐ Excellent
- 2. ☐ Très bon
- 3. ☐ Bon
- 4. ☐ Passable
- 5. ☐ Mauvais

Q26. Comment pensez-vous que votre conjoint qualifie son degré de satisfaction par rapport à la qualité de la communication dans votre couple actuellement ?

- 1. ☐ Excellent
- 2. ☐ Très bon
- 3. ☐ Bon
- 4. ☐ Passable
- 5. ☐ Mauvais

Q27 Êtes-vous actuellement en thérapie pour un problème personnel ?

Oui	1
Non	2

Q27 a) Si oui, qui avez-vous consulté, pour quel problème, depuis combien de temps ?

Problème	Type de professionnel	Depuis combien de temps	Nb de séances
----------	-----------------------	-------------------------	---------------

Q28. Par le passé, avez-vous déjà consulté pour un problème personnel ?

Oui	1
Non	2

Q28. a) Si oui, qui aviez-vous consulté, pour quel problème, pendant combien de temps ?

Problème	Type de professionnel	Pendant combien de temps	Nb de séances
----------	-----------------------	--------------------------	---------------

GESTION DES CONFLITS

Q29. Quels sont les sujets de désaccords les plus fréquents dans votre couple ? Vous devez me répondre par oui ou par non.

- a. Routine quotidienne
- b. Loisirs
- c. Sorties
- d. Habitudes de jeu
- e. Vacances
- f. Finances
- g. Tâches ménagères
- h. Amis
- i. Famille
- j. Enfants
- k. Valeurs personnelles
- l. Traits de caractère
- m. Prises de décision
- n. Communication
- o. Manifestations de l'affection
- p. Sexualité
- q. Planification de la retraite
- r. Autres, précisez : _____

Q30. Comment réglez-vous en général vos désaccords ? (possibilité de plus d'une réponse)

- a. Je cède
- b. Mon conjoint cède
- c. On arrive à un compromis satisfaisant pour les deux
- d. On évite des désaccords
- e. Celui qui lève la voix ou qui parle le plus gagne
- f. Chacun boude de son côté et au bout de quelques jours, la question est oubliée

Q31. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfaite et 10 extrêmement satisfaite, à quel point êtes vous satisfaite de la façon dont vous et votre partenaire gérez vos conflits ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

VIE SEXUELLE

Q32. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfaite et 10 extrêmement satisfaite, à quel point êtes-vous satisfaite de la fréquence de vos activités sexuelles ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q33. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfaite et 10 extrêmement satisfaite, à quel point êtes-vous satisfaite de la qualité de vos rapports sexuels ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q34. D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la qualité de vos rapports sexuels ? (Par exemple, plus de romantisme, de variété ou de préliminaires, etc.)

Q35. Quelle est la période de votre vie commune au cours de laquelle vous avez été le plus satisfaite de votre vie sexuelle ?

Q35a. Qu'est-ce qui a contribué (ou contribue) à cette satisfaction ?

Q36. Avec votre partenaire actuel, avez-vous déjà eu une relation extra-conjugale ?

a. Oui, par le passé. Précisez : _____

b. Oui, actuellement. Précisez : _____

c. Non

Q37. Selon vous, avez-vous un problème de jeu (« jouer de façon excessive ») présentement (même si vous n'avez pas joué depuis un certain temps)?

1. ☐ Oui (posez 37a, 37b, 37c et 37d)
2. ☐ Non

Q37a. (SI OUI) Quand ce problème de jeu (« jouer de façon excessive ») a-t-il débuté ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Q37b Selon vous, comment ce problème de jeu a débuté , pourquoi avez-vous commencé à jouer ?

Q37c. (SI OUI) Quel est le degré de sévérité de votre problème de jeu ?

1. ☐ Faible
2. ☐ Modéré
3. ☐ Sévère

Q37d. (SI OUI) À quel type de jeu vous adonnez-vous le plus souvent ?

Q38. Est-ce que certaines personnes de votre entourage pensent que vous avez un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 38a)
2. ☐ Non

Q38a. (SI OUI) Selon vous, pourquoi ces personnes pensent que vous avez un problème de jeu ?

Q39. Pensez-vous que votre conjoint a un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 39a, 39b et 39c)
2. ☐ Non

Q39a. (SI OUI) Selon vous, quand les problèmes de jeu de votre conjoint ont-ils débutés ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Autre : _____

Q39b. Quelle est votre perception du degré de sévérité du problème de jeu de votre conjoint ?

1. ☐ Faible
2. ☐ Modéré
3. ☐ Sévère

Q39c. (SI OUI) À quel type de jeu votre conjoint s'adonne-t-il le plus souvent ?

Q40. Est-ce que certaines personnes de votre entourage pensent que votre conjoint a un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 40a)
2. ☐ Non

Q40a. (SI OUI) Selon vous, pourquoi ces personnes pensent que votre conjoint a un problème de jeu ?

Q41. Avez-vous des problèmes de couple présentement ?

1. ☐ Oui (posez 41a et 41b) Nature des problèmes :

2. ☐ Non (PAQ 42)

Q41a. (SI OUI) Quand ces problèmes de couple ont-ils débutés ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Q41b. Selon vous, à quoi vos problèmes de couple sont-ils attribuables (*possibilité de plus d'une réponse*) :

1. ☐ À votre problème de jeu (posez Q41c)
2. ☐ Au problème de jeu de votre conjoint (posez Q41c)
3. ☐ Vos problèmes de couple ne sont pas liés au problème de jeu (posez Q41c)
4. ☐ Autres (précisez)

Q41c. Pensez-vous que :

1. ☐ Le problème de jeu (le vôtre ou celui de votre conjoint) est survenu **avant** les problèmes de couple
2. ☐ Le problème de jeu (le vôtre ou celui de votre conjoint) est survenu **après** les problèmes de couple
3. ☐ Les deux sont survenus **simultanément** (problème de jeu et problèmes de couple en même temps)

Q 42. Avez-vous déjà eu des problèmes de couple dans le passé ?

1. ☐ Oui (posez 42a et 42b)
2. ☐ Non

Q42a. (SI OUI) Vos problèmes de couple étaient-ils dus à :

1. ☐ Votre problème de jeu
2. ☐ Au problème de jeu de votre conjoint
3. ☐ Ni l'un ni l'autre car aucun de vous deux n'a déjà eu de problème de jeu
4. ☐ Autres (précisez)

Q42b. Comment avez-vous réglé vos problèmes de couple ?

Q43. Y a-t-il d'autres choses que nous n'avons pas abordé et que vous croyez qu'il serait utile pour nous de connaître?

L'administrateur demande à madame de sortir afin de faire l'entrevue avec monsieur.

Commentaires :



SECTION A : SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Ces questions portent sur votre bien-être physique et psychologique et celui de votre conjointe

Q44. En général, comment percevez-vous votre santé physique ?

- 6. ☐ Excellente
- 7. ☐ Très bonne
- 8. ☐ Bonne
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvaise

Q45. En général, comment percevez-vous la santé physique de votre conjointe ?

- 6. ☐ Excellente
- 7. ☐ Très bonne
- 8. ☐ Bonne
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvaise

Q46. En général, comment percevez-vous votre santé psychologique ?

- 6. ☐ Excellente
- 7. ☐ Très bonne
- 8. ☐ Bonne
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvaise

Q47. En général, comment percevez-vous la santé psychologique de votre conjointe ?

- 6. ☐ Excellente
- 7. ☐ Très bonne
- 8. ☐ Bonne
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvaise

Q48. Monsieur, prenez-vous des médicaments ?

Oui 1
Non 2

Q48a. Si oui, pourriez-vous me dire lesquels, en quelle quantité (posologie) et pour quel problème ?

<i>Médic.</i>	Nom	Posologie	Raison/trouble
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Q49. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consommée de la drogue sans prescription ordonnance, par exemple :

	Oui	Non
Marijuane, hachicsh, pot, grass	1	2
Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	1	2
Cocaïne, crack, free base,	1	2
Héroïne, smack, morphine	1	2
LSD, acide, mescaline, champignon (mush)	1	2

Q50. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris certaines substances par exemple des tranquillisants, somnifères, sédatifs, sans prescription ou ordonnance ?

Oui 1
Non 2

Q50a. Si oui, lesquels?

<i>Subs..</i>	Nom	Posologie	Raison/trouble
1			
2			

SECTION B : DONNÉES SUR LA RELATION CONJUGALE ET LES HABITUDES DE JEU

Les questions qui suivent portent sur votre vie conjugale et vos habitudes de jeu.

Q51. Monsieur, tout au long de votre vie, combien de relations significatives avec cohabitation avez-vous connues (excluant celle-ci) ?

Q51a. Quelle a été la durée de chacune d'entre elles ?

1^{ère} : _____ 2^{ième} : _____ 3^{ième} : _____

Q51b. Avez-vous eu des enfants lors de ces relations significatives, si oui, combien?

1^{ère} : _____ 2^{ième} : _____ 3^{ième} : _____

Q51c. Si oui, quel est leur sexe, quel âge ont-ils et demeurent-ils avec vous ?

Union (1 – 2 – 3)	Sexe	Âge	Cohabitent ✓

Q52. Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction par rapport à votre relation de couple actuellement ?

- 6. ☐ Excellent
- 7. ☐ Très bon
- 8. ☐ Bon
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvais

Q53. Comment pensez-vous que votre conjointe qualifie son degré de satisfaction par rapport à votre relation de couple actuellement ?

- 6. ☐ Excellent

- 7. ☐ Très bon
- 8. ☐ Bon
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvais

Q54. Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction par rapport à la qualité de la communication dans votre couple actuellement ?

- 6. ☐ Excellent
- 7. ☐ Très bon
- 8. ☐ Bon
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvais

Q55. Comment pensez-vous que votre conjointe qualifie son degré de satisfaction par rapport à la qualité de la communication dans votre couple actuellement ?

- 6. ☐ Excellent
- 7. ☐ Très bon
- 8. ☐ Bon
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvais

Q56 Êtes-vous actuellement en thérapie pour un problème personnel ?

Oui	1
Non	2

Q56 a) Si oui, qui avez-vous consulté, pour quel problème, depuis combien de temps ?

Problème	Type de professionnel	Depuis combien de temps	Nb de séances
----------	-----------------------	-------------------------	---------------

Q57. Par le passé, avez-vous déjà consulté pour un problème personnel ?

Oui	1
Non	2

Q57. a) Si oui, qui aviez-vous consulté, pour quel problème, pendant combien de temps ?

Problème	Type de professionnel	Pendant combien de temps	Nb de séances
----------	-----------------------	--------------------------	---------------

GESTION DES CONFLITS

Q58. Quels sont les sujets de désaccords les plus fréquents dans votre couple ? Vous devez me répondre par oui ou par non.

- a. Routine quotidienne
- b. Loisirs
- c. Sorties
- d. Habitudes de jeu
- e. Vacances
- f. Finances
- g. Tâches ménagères
- h. Amis
- i. Famille
- j. Enfants
- k. Valeurs personnelles
- l. Traits de caractère
- m. Prises de décision
- n. Communication
- o. Manifestations de l'affection
- p. Sexualité
- q. Planification de la retraite
- r. Autres, précisez : _____

Q59. Comment réglez-vous en général vos désaccords ? (possibilité de plus d'une réponse)

- a. Je cède
- b. Ma conjointe cède
- c. On arrive à un compromis satisfaisant pour les deux
- d. On évite des désaccords
- e. Celui qui lève la voix ou qui parle le plus gagne
- f. Chacun boude de son côté et au bout de quelques jours, la question est oubliée

Q60. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfait et 10 extrêmement satisfait, à quel point êtes vous satisfait de la façon dont vous et votre partenaire gérez vos conflits ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VIE SEXUELLE

Q61. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfait et 10 extrêmement satisfait, à quel point êtes-vous satisfait de la fréquence de vos activités sexuelles ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q62. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfait et 10 extrêmement satisfait, à quel point êtes-vous satisfait de la qualité de vos rapports sexuels ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q63. D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la qualité de vos rapports sexuels ? (Par exemple, plus de romantisme, de variété ou de préliminaires, etc.)

Q64. Quelle est la période de votre vie commune au cours de laquelle vous avez été le plus satisfait de votre vie sexuelle ?

Q64a. Qu'est-ce qui a contribué (ou contribue) à cette satisfaction ?

Q65. Avec votre partenaire actuel, avez-vous déjà eu une relation extra-conjugale ?

a. Oui, par le passé. Précisez : _____

b. Oui, actuellement. Précisez : _____

c. Non

Q66. Selon vous, avez-vous un problème de jeu (« jouer de façon excessive ») présentement (même si vous n'avez pas joué depuis un certain temps) ?

1. ☐ Oui (posez 66a, 66b, 66c et 66d)

2. ☐ Non

Q66a. (SI OUI) Quand ce problème de jeu (« jouer de façon excessive ») a-t-il débuté ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Q66b Selon vous, comment ce problème de jeu a débuté, pourquoi avez-vous commencé à jouer ?

Q66c. (SI OUI) Quel est le degré de sévérité de votre problème de jeu ?

- 1. Faible
- 2. Modéré
- 3. Sévère

Q66d. (SI OUI) À quel type de jeu vous adonnez-vous le plus souvent ?

Q67. Est-ce que certaines personnes de votre entourage pensent que vous avez un problème de jeu ?

- 1. ☐ Oui (posez 67a)
- 2. ☐ Non

Q67a. (SI OUI) Selon vous, pourquoi ces personnes pensent que vous avez un problème de jeu ?

Q68. Pensez-vous que votre conjointe a un problème de jeu ?

- 1. ☐ Oui (posez 68a, 68b et 68c)
- 2. ☐ Non

Q68a. (SI OUI) Selon vous, quand les problèmes de jeu de votre conjointe ont-ils débutés ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Autre : _____

Q68b. Quelle est votre perception du degré de sévérité du problème de jeu de votre conjointe ?

- 1. ☐ Faible
- 2. ☐ Modéré
- 3. ☐ Sévère

Q68c. (SI OUI) À quel type de jeu votre conjointe s'adonne-t-elle le plus souvent ?

Q69. Est-ce que certaines personnes de votre entourage pensent que votre conjointe a un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 69a)
2. ☐ Non

Q69a. (SI OUI) Selon vous, pourquoi ces personnes pensent que votre conjointe a un problème de jeu ?

Q70. Avez-vous des problèmes de couple présentement ?

1. ☐ Oui (posez 70a et 70b) Nature des problèmes :

2. ☐ Non (PAQ 71)

Q70a. (SI OUI) Quand ces problèmes de couple ont-ils débutés ?

Depuis : Mois

 Année

Q70b. Selon vous, à quoi vos problèmes de couple sont-ils attribuables (*possibilité de plus d'une réponse*):

1. ☐ À votre problème de jeu (posez Q70c)
2. ☐ Au problème de jeu de votre conjointe (posez Q70c)
3. ☐ Vos problèmes de couple ne sont pas liés au problème de jeu (posez Q70c)
4. ☐ Autres (précisez)

Q70c. Pensez-vous que :

1. ☐ Le problème de jeu (le vôtre ou celui de votre conjointe) est survenu **avant** les problèmes de couple
2. ☐ Le problème de jeu (le vôtre ou celui de votre conjointe) est survenu **après** les problèmes de couple
3. ☐ Les deux sont survenus **simultanément** (problème de jeu et problèmes de couple en même temps)

Q 71. Avez-vous déjà eu des problèmes de couple dans le passé ?

1. ☐ Oui (posez 71a et 71b)
2. ☐ Non

Q71a. (SI OUI) Vos problèmes de couple étaient-ils dus à :

1. ☐ Votre problème de jeu
2. ☐ Au problème de jeu de votre conjointe
3. ☐ Ni l'un ni l'autre car aucun de vous deux n'a déjà eu de problème de jeu
4. ☐ Autres (précisez)

Q71b. Comment avez-vous réglé vos problèmes de couple ?

Q72. Y a-t-il d'autres choses que nous n'avons pas abordé et que vous croyez qu'il serait utile pour nous de connaître?

Commentaires :

*Ces questions sont tirées et adaptées du questionnaire de Santé Québec sur les renseignements socio-démographiques.
Questionnaire créé par Anic Anderson Ph.D.(c), Vanessa Villeneuve Ph.D.(c) et Pascale Harvey Ph.D.(c)(

BDI-II

Date: _____
année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille ☐ marié(e) ☐ vivant(e) maritalement
☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)
☐ séparé(e) ☐ célibataire

Âge _____ Sexe ☐ M ☐ F Profession _____ Niveau d'études _____

Consignes: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p>1 Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p> <p>2 Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3 Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4 Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>5 Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6 Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7 Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8 Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p>9 Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
---	--

____ Sous-total, page 1

Verso

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Sous-total, page 2

48 — Sous-total, page 1

IPAT ECHELLE A

NOM _____ DATE D'AUJOURD'HUI _____

SEXE _____ ÂGE _____ AUTRES DÉTAILS _____
(Écrire M ou F) (en années et en mois) (adresse ou profession, selon le cas)

CONFIDENTIEL

Ce cahier contient quarante énoncés ayant trait à des difficultés que la plupart des gens éprouvent un jour ou l'autre. Dans l'une des trois cases de droite, indiquez d'un X votre propre expérience de chacun de ces problèmes. Voici les exemples :

1. J'aime la marche à pied ☐ Oui ☐ Pas vraiment ☐ Non

N'employez la case centrale que si vous ne pouvez dire nettement ni oui ni non, c'est-à-dire le moins souvent possible.


2. Je préfère passer une soirée: ☐ A ☐ A et B ☐ B

(A) à converser avec des gens, (B) au cinéma

Quelques énoncés comportent des choix A et B comme ce dernier. B est toujours à droite. Souvenez-vous de n'employer la case centrale que si vous ne pouvez répondre ni A ni B.

Ne passez pas de question. Ne perdez pas de temps à vous examiner à chaque énoncé, mais répondez franchement selon votre expérience au moment du test. Les gens prennent habituellement de 5 à 10 minutes pour compléter ce questionnaire.

ARRÊTEZ ICI — ATTENDEZ LE SIGNAL AVANT DE COMMENCER.



Institut de Recherches psychologiques,
34 ouest, rue Fleury, Montréal, P.Q.

© 1957, by R. B. Cattell. All rights reserved U.S.A. Published by the I.P.A.T.
 © 1962, Ottawa. Tous droits réservés par l'Institut de Recherches psychologiques, Montréal.

		A			N'écoutez pas dans cette colonne	
1.	Il est rare que je m'intéresse longtemps aux mêmes personnes et aux mêmes distractions	Vrai	Entre les deux	Faux		
2.	Même si on a une mauvaise opinion de moi, je reste quand même assez calme	Vrai	Entre les deux	Faux		
3.	Je préfère être sûr de ce que je dis avant de m'introduire dans une discussion	Oui	Entre les deux	Non		Q(4-)
4.	Je suis porté à laisser la jalousie guider mes actes	Quelquefois	Rarement	Jamais		
5.	Si j'avais à recommencer ma vie, j'aimerais : (A) faire autre chose, (B) faire la même chose	A	Entre les deux	B		
6.	J'ai de l'admiration pour mes parents	Oui	Entre les deux	Non		Q(4-)
7.	J'accepte difficilement qu'on me réponde par un « non », même quand je sais que je demande l'impossible	Vrai	Entre les deux	Faux		
8.	Quand les gens ont l'air d'être trop aimables avec moi, je doute quand même de leur sincérité	Vrai	Entre les deux	Faux		
9.	En exigeant de moi l'obéissance, mes parents (ou tuteurs) furent : (A) toujours très raisonnables, (B) souvent déraisonnables	A	Entre les deux	B		
10.	J'ai plus besoin de mes amis qu'ils ne semblent, eux-mêmes, avoir besoin de moi	Rarement	Quelquefois	Souvent		
11.	J'ai la certitude que, dans une situation grave, je ne perdrais pas la tête	Toujours	Souvent	Rarement		
12.	Quand j'étais enfant, j'avais peur de l'obscurité	Souvent	Quelquefois	Jamais		
13.	On me dit parfois que ma voix ou mes gestes laissent trop voir mon excitation	Oui	Intermédiaire	Non		Q
14.	Si les gens abusent de ma bonté : (A) je leur en veux et leur garde rancune, (B) j'oublie vite l'offense et je leur pardonne	A	Entre les deux	B		
15.	Les critiques personnelles me bouleversent bien plus qu'elles ne m'aident	Souvent	Occasionnellement	Jamais		
16.	Bien souvent, je me mets trop vite en colère contre les gens	Vrai	Entre les deux	Faux		
17.	Je me sens mal à l'aise d'éprouver des désirs que je ne puis formuler	Trop rarement	Quelquefois	Souvent		
18.	Il m'arrive parfois de me demander si ce que je dis intéresse vraiment ceux à qui je parle	Vrai	Entre les deux	Faux		Q+
19.	Je n'ai jamais eu de ces vagues sensations de malaise : douleurs imprécises, estomac à l'envers, palpitations au cœur, etc.	Vrai	Intermédiaire	Faux		
20.	Lorsque certaines personnes participent à la discussion, je me sens si contrarié que je n'ose parler de peur d'aller trop loin	Quelquefois	Rarement	Jamais		

CONTINUEZ À LA PAGE SUIVANTE.

45

Cote A

		B			
		1	2	3	
1.	Sous l'effet de la tension nerveuse, je dépense plus d'énergie que les autres à exécuter ce que j'ai à faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Je fais toujours attention pour éviter les distractions ou les oublis de détails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Je ne change jamais mes intentions ou mes projets, même si les obstacles sont grands et pénibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Dans les situations bouleversantes, il m'arrive souvent d'être surexcité et embrouillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Je fais parfois des rêves si intenses que mon sommeil en est troublé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Je trouve toujours assez d'énergie pour faire face aux difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Je me sens parfois comme forcé à compter les choses, sans aucune raison particulière de le faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	La plupart des gens sont un peu détraqués, mais ils ne l'admettent pas facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Quand je fais une gaffe, je l'oublie assez rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Il m'arrive d'être de mauvaise humeur et de ne vouloir voir personne : (A) parfois, (B) assez souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Quand je fais quelque chose de travers, j'en ai presque les larmes aux yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Même au cours d'activités sociales, je me sens parfois envahi par le sentiment d'être seul et inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Je m'éveille la nuit et, submergé d'inquiétude, j'ai de la difficulté à me rendormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Mon moral est ordinairement bon, quelles que soient les difficultés que j'éprouve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	J'éprouve parfois des sentiments de culpabilité ou du remords pour des choses sans gravité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	J'ai les nerfs à fleur de peau, au point que certains bruits (grincements, etc.) me sont insupportables et me donnent le frisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Après avoir été bouleversé, je retrouve mon calme ordinairement assez vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Il m'arrive souvent de trembler ou de transpirer à la seule pensée d'une tâche difficile qui m'attend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	D'habitude, je m'endors presque aussitôt après m'être couché : c'est-à-dire en quelques minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Je me sens parfois tendu ou agité quand je pense à mes problèmes ou aux choses qui m'intéressent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ARRÊTEZ-ICI. ASSUREZ-VOUS D'AVOIR 46 D'À TOUTES LES QUESTIONS. Cote B

SHORT-MAST

(Selzer, 1971; Pokorny et al., 1972)

Questions	Cochez la bonne réponse	
1. Avez-vous le sentiment d'être un buveur normal ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
2. Vos parents ou amis vous considèrent-ils comme un buveur normal ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
3. Avez-vous déjà assisté à une réunion des Alcooliques Anonymes (AA) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
4. Avez-vous déjà perdu des amis ou des compagnons/compagnes à cause de la boisson ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
5. Avez-vous déjà eu des ennuis au travail à cause de la boisson ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
6. Vous est-il déjà arrivé de négliger vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux jours de suite ou plus pour vous adonner à la boisson ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
7. Après avoir bu beaucoup, avez-vous déjà eu une crise de delirium tremens, ressenti un fort tremblement, entendu des voix ou eu des hallucinations visuelles ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
8. N'avez-vous jamais recherché de l'aide auprès de quelqu'un à cause de votre habitude de boire ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
9. Avez-vous déjà été hospitalisé à cause de la boisson ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
10. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite en état d'ivresse ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

APPENDICE F

QUESTIONNAIRES MESURANT LES VARIABLES DÉPENDANTES

- F.1 Questionnaire sur la communication interpersonnelle (QCI)
- F.2 Inventaire de résolution de problèmes (IRP)
- F.3 Échelle d'ajustement dyadique (ÉAD)

QCI

(Boyd et Roach 1977 ; traduit et adapté par Boisvert, 1978)

Les phrases que vous allez lire représentent des comportements verbaux spécifiques que plusieurs chercheurs considèrent comme des habiletés en communication. Certaines représentent des façons de vous exprimer quand vous et votre conjoint(e) discutez de choses importantes. D'autres représentent plutôt des comportements verbaux quand vous et votre conjoint(e) parlez à d'autres personnes. Veuillez indiquer jusqu'à quel point vous considérez que vous et votre conjoint(e) utilisez de tels comportements verbaux ou de telles habiletés selon l'échelle suivante :

<u>Votre Fréquence</u>				<u>La fréquence de votre conjoint(e)</u>			
Presque Toujours	La plupart du temps	Quelque- fois	Presque jamais	Presque toujours	La plupart du temps	Quelque- fois	Presque jamais
a	b	c	d	e	f	g	h

Répondez bien à chaque item en encerclant les lettres qui indiquent le mieux comment vous vous voyez vous-mêmes et votre conjointe en ce moment.

	VOTRE FRÉQUENCE	SA FRÉQUENCE
1. Je dis ce que je pense vraiment.	a b c d	e f g h
2. Je prends la responsabilité entière de ce que je dis.	a b c d	e f g h
3. Je dis ce que je pense d'une façon ferme quand il s'agit de choses importantes et que c'est approprié.	a b c d	e f g h
4. Pour mieux comprendre ce qu'il(elle) ressent et ce qu'il(elle) pense, je vérifie ou je demande des explications.	a b c d	e f g h
5. Quand il(elle) fait des choses pour moi, je lui exprime verbalement mon appréciation.	a b c d	e f g h
6. Je parle des choses qui m'ennuient à un moment où nous pouvons tous les deux être attentifs et écouter.	a b c d	e f g h

<u>Votre Fréquence</u>				<u>La fréquence de votre conjoint(e)</u>			
Presque Toujours	La plupart du temps	Quelque- fois	Presque jamais	Presque toujours	La plupart du temps	Quelque- fois	Presque jamais
a	b	c	d	e	f	g	h

	VOTRE FRÉQUENCE	SA FRÉQUENCE
7. Quand nous discutons, je n'ai pas tendance à changer de sujet et à parler de choses secondaires.	a b c d	e f g h
8. Quand je ne suis pas d'accord, je le dis ouvertement et honnêtement, sans me mettre en colère.	a b c d	e f g h
9. Je dis des choses positives sur lui(elle) et je le(la) félicite pour les choses que je sais qu'il(elle) est capable de faire.	a b c d	e f g h
10. Je parle directement de ce que je pense et ressens actuellement au lieu de parler du passé.	a b c d	e f g h
11. Je le(la) laisse s'expliquer lui(elle)-même.	a b c d	e f g h
12. J'écoute ce qu'(il)elle veut me dire.	a b c d	e f g h
13. Quand il(elle) exprime son point de vue, je suis attentif(ve) et j'écoute.	a b c d	e f g h
14. Je pose des questions honnêtes et directes, sans rien cacher.	a b c d	e f g h
15. Je dis des choses pour lui exprimer qu'il(elle) compte vraiment pour moi.	a b c d	e f g h
16. Je le(la) laisse compléter ses phrases sans l'interrompre.	a b c d	e f g h
17. Je lui exprime verbalement que je veux connaître ses sentiments et ses opinions et que je les respecte.	a b c d	e f g h

IRP

(Heppner et Peterson, 1982 ; traduit et adapté par Laporte, Sabourin et Wright, 1988)

Lisez chaque énoncé et indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec cet énoncé. Utilisez un des choix suivants en encerclant le chiffre correspondant à votre réponse.

Fortement en accord	Modérément en accord	Légèrement en accord	Légèrement en désaccord	Modérément en désaccord	Fortement en désaccord
1	2	3	4	5	6

- 1- Lorsque l'application d'une solution à un problème n'a pas été couronnée de succès, je ne vérifie pas pourquoi elle a échoué.

1 2 3 4 5 6

- 2- Lorsque je suis confronté(e) à un problème complexe, je ne prends pas la peine de développer une stratégie pour recueillir des informations de manière à ce que je puisse définir exactement quel est le problème.

1 2 3 4 5 6

- 3- Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je doute de ma capacité à maîtriser une situation.

1 2 3 4 5 6

- 4- Après avoir résolu un problème, je n'analyse pas ce qui a bien fonctionné et ce qui a mal fonctionné.

1 2 3 4 5 6

- 5- Je suis habituellement capable de penser à des manières créatives et efficaces de résoudre un problème.

1 2 3 4 5 6

- 6- Après avoir essayé de résoudre un problème en adoptant une certaine ligne de conduite, je prends le temps de comparer les résultats obtenus aux résultats que j'avais anticipés.

1 2 3 4 5 6

- 7- Quelque soit le problème, j'énumère autant de solutions possibles pour le résoudre jusqu'à ce que j'aie épuisé toutes mes idées.

1 2 3 4 5 6

8- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, j'examine logiquement mes sentiments afin de découvrir ce qui se passe dans une solution problématique.

1 2 3 4 5 6

9- Lorsque je suis confus(e) devant un problème, je n'essaie pas de définir les idées ou les sentiments imprécis en termes concrets ou spécifiques.

1 2 3 4 5 6

10- J'ai la capacité de résoudre la plupart des problèmes même si au départ la solution n'est pas tout de suite évidente.

1 2 3 4 5 6

11- Beaucoup de problèmes auxquels je fais face sont trop complexes pour que je puisse les résoudre.

1 2 3 4 5 6

12- Lorsque je prends des décisions je suis satisfait(e) de celles-ci.

1 2 3 4 5 6

13- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, j'ai tendance à appliquer la première solution qui me vient à l'esprit pour le résoudre.

1 2 3 4 5 6

14- Quelquefois je ne m'arrête pas et je ne prends pas le temps de régler mes problèmes; j'essaie de me débrouiller tant bien que mal.

1 2 3 4 5 6

15- Lorsque je décide d'une idée ou d'une solution possible à un problème, je ne prends pas le temps de considérer les chances de succès pour chacune des possibilités.

1 2 3 4 5 6

16- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, je m'arrête pour y réfléchir avant de décider quelle sera ma prochaine action.

1 2 3 4 5 6

17- J'applique généralement la première bonne idée qui me vient à l'esprit.

1 2 3 4 5 6

Fortement en accord 1	Modérément en accord 2	Légèrement en accord 3	Légèrement en désaccord 4	Modérément en désaccord 5	Fortement en désaccord 6
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--	--	---

18- Lorsque je prends une décision, j'évalue les conséquences de chacune des possibilités et je les compare les unes aux autres.

1 2 3 4 5 6

19- Lorsque je fais des plans pour résoudre un problème, je suis presque toujours certain(e) que je peux les réaliser.

1 2 3 4 5 6

20- J'essaie de prédire le résultat général d'une ligne de conduite spécifique.

1 2 3 4 5 6

21- Lorsque j'essaie de penser à des solutions possibles à un problème, je ne parviens pas à en trouver plusieurs.

1 2 3 4 5 6

22- En essayant de résoudre un problème, une stratégie que j'utilise souvent est de penser à des problèmes semblables auxquels j'ai eu à faire face par le passé.

1 2 3 4 5 6

23- Avec le temps et les efforts nécessaires, je crois que je peux résoudre la plupart des problèmes auxquels je suis confronté(e).

1 2 3 4 5 6

24- Lorsque je fais face à une nouvelle situation, j'ai confiance de pouvoir maîtriser les problèmes qui pourraient se poser.

1 2 3 4 5 6

25- Malgré les efforts que je fais face à un problème, j'ai parfois le sentiment d'avancer à tâtons ou d'errer au hasard sans m'attaquer au vrai problème.

1 2 3 4 5 6

26- Je pose des jugements rapides que plus tard je regrette.

1 2 3 4 5 6

27- J'ai confiance en ma capacité de résoudre des problèmes nouveaux et difficiles.

1 2 3 4 5 6

28- Je possède une méthode systématique pour comparer des solutions et prendre des décisions.

1 2 3 4 5 6

29- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, je n'examine habituellement pas quels sont les éléments extérieurs qui peuvent contribuer à mon problème.

1 2 3 4 5 6

30- Lorsque j'essaie de penser à des moyens de maîtriser un problème, je n'essaie pas de combiner des idées différentes ensemble.

1 2 3 4 5 6

31- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, une des premières choses que je fais est d'effectuer un survol de la situation et de considérer toutes les informations pertinentes.

1 2 3 4 5 6

32- Je deviens parfois tellement pris(e) émotionnellement par un problème que je suis incapable de regarder les différentes façons de régler ce problème.

1 2 3 4 5 6

33- Après avoir pris une décision, le résultat que j'anticipais correspond habituellement au résultat obtenu.

1 2 3 4 5 6

34- Lorsque confronté(e) à un problème, je ne suis pas certain(e) d'être capable de maîtriser la situation.

1 2 3 4 5 6

35- Lorsque je deviens conscient(e) d'un problème, une des premières choses que je fais est d'essayer de trouver exactement quel est le problème.

1 2 3 4 5 6

EAD

(Spanier, 1976 ; traduit et adapté par Boisvert, 1984)

La plupart des couples vivent des désaccords. Veuillez indiquer, en faisant un X dans l'espace approprié, le degré approximatif d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire dans les domaines suivants. S.V.P. n'omettez aucun item.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. Le budget familial	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. Les loisirs	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. La religion	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. Les marques d'affection	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5. Les amis	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6. Les relations sexuelles	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7. Les conventions sociales	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8. La philosophie de la vie	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9. Les façons d'agir avec les parents ou les beaux-parents	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10. Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11. La quantité de temps passé ensemble	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12. Les prises de décision importantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
13. Les tâches ménagères	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14. Les intérêts et les activités pendant les temps libres	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15. Les décisions à propos du travail	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
16. A quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
17. A quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
18. En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
19. Vous confiez-vous à votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié(e) (ou de vivre ensemble)?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
21. A quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
22. A quelle fréquence vous et votre partenaire vous "tapez- vous sur les nerfs"?	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	A chaque jour	Presqu'à chaque jour	À l'occasion	Rarement	Jamais
23. Embrassez-vous votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____
	Tous	Presque tous	Quelques- uns	Très peu	Aucun
24. Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison?	_____	_____	_____	_____	_____

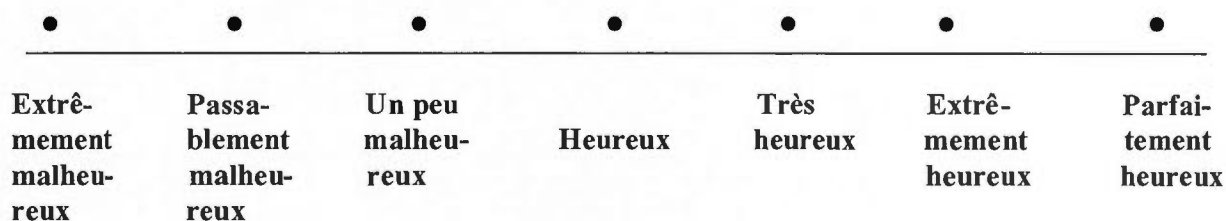
D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
25. Avoir un échange d'idées stimulant	_____	_____	_____	_____	_____	_____
26. Rire ensemble	_____	_____	_____	_____	_____	_____
27. Discuter calmement	_____	_____	_____	_____	_____	_____
28. Travailler ensemble à un projet	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Voici quelques situations où les couples sont parfois d'accord et parfois en désaccord. Indiquez si, oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation pendant les dernières semaines.

	Oui	Non	
29.	_____	_____	Etre trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles
30.	_____	_____	Ne pas manifester d'affection

31. Les points de la ligne suivante représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point central "heureux" représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez encercler le point qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation, considérée globalement.



32. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez en rapport avec l'avenir de votre relation:

- _____ Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferais tout pour cela.
- _____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- _____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- _____ Ce serait bien si ma relation réussissait et je peux faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- _____ Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- _____ Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

APPENDICE G

CERTIFICATS D'APPROBATION DES COMITÉS D'ÉTHIQUE

- G.1 Certificat du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain de l'UQAM (CIER)
- G.2 Certificat du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT)



Université du Québec à Montréal

Casa postale 1800, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3P8
Comité institutionnel d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

No. R1-031513

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets
humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le
protocole de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Gilles Trudel

Département ou École : Psychologie

Titre du projet : « *Fonctionnement conjugal associé au jeu de hasard et d'argent* »

Étudiant (s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent
projet ou programme :

Alison Poirier-Arbour et Pascale Harvey, étudiantes au doctorat en psychologie.

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux
normes établies par le « *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de
l'UQAM* ».

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Professeur, Département de kinanthropologie

Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines

René Binette, Directeur, Ecomusée du fier monde, Représentant de la collectivité

Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité

Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société

Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques

Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie

Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

2 mai 2006

Date

Joseph Josy Lévy
Président du Comité

UQAM

Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)
Centre Dollard-Cormier - 950 de Louvain est, Montréal, Québec H2M 2E8

Montréal, ce 19 décembre 2003

Monsieur Gilles Trudel, Ph.D.
Département de psychologie
UQAM
C.P. 8888, Succursale Centre-ville
Montréal, Qc
H3C 3P8

Objet : Votre demande d'approbation par le Comité d'éthique de la recherche
en toxicomanie

Projet : *Fonctionnement conjugal associé au jeu de hasard et d'argent*
N/D : CERT/2003-019 - Acceptation

Monsieur Trudel,

Le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie accuse réception de votre lettre datée du 11 décembre dans laquelle vous acceptez d'intégrer dans la recherche mentionnée en rubrique des sujets féminins dans une proportion 2/1.

Un certificat de conformité est joint en annexe. **Afin de compléter notre dossier, nous aimerions que vous nous fassiez parvenir les formulaires de consentement modifiés.**

À la date anniversaire de l'émission du certificat, le Comité demandera au chercheur principal de lui faire connaître les changements survenus dans le déroulement de l'étude en remplissant un formulaire avec des cases à cocher. Le Comité est en effet tenu d'assurer ce suivi en vertu de la politique émise conjointement par les trois conseils (Comité de recherches médicales du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada) ainsi que du plan d'action ministériel du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le CERT désire également être informé des modifications majeures apportées entre-temps.

Nous vous souhaitons donc bonne chance dans la réalisation de votre recherche et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

La présidente du Comité
d'éthique de la recherche en toxicomanie

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE EN TOXICOMANIE (C.É. R.T.)**

Marie-Andrée Bertrand
/cg

p.j.

*C*ertificat d'éthique

Le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT),
selon les procédures en vigueur, a examiné le projet de recherche intitulé :

Fonctionnement conjugal associé au jeu de hasard et d'argent

ND : CERT2003-019

et soumis par :

*Monsieur Gilles Trudel, Ph.D.
Département de psychologie
UQAM
C.P. 6888, Succursale Centre-ville
Montréal, Qc
H3C 3P8*

Le comité a conclu que la recherche proposée respecte les règles d'éthique.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE EN TOXICOMANIE (C.É. R.T.)

Marie-Andrée Bertrand, présidente
Comité d'éthique de la recherche en
toxicomanie (CERT)

19 décembre 2003

Date d'émission

APPENDICE H

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

- H.1 Formulaire de consentement participant
- H.2 Formulaire de consentement conjointe
- H.3 Formulaire de consentement participante
- H.4 Formulaire de consentement conjoint

Formulaire de consentement-participant

Titre: Fonctionnement conjugal associé aux jeux de hasard et d'argent

Dans le cadre d'un projet de recherche de trois ans subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture et dirigé par les docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université de Montréal et du Centre de Recherche Fernand Séguin, l'objectif est d'étudier le lien existant entre le fonctionnement conjugal et le jeu excessif. Nous voulons savoir si ce lien existe, s'il est fonction de la sévérité du jeu excessif et de l'âge et quelles sont les dimensions de la relation conjugale impliquée dans cette relation.

Nous nous intéressons dans cette étude aux couples dans lesquels un des conjoints participe, à divers degrés, à des jeux de hasard et d'argent. D'autres participants pourront participer à cette étude sans manifester d'intérêt pour ce type d'activité car nous avons également besoin de ce type de participants pour des fins comparatives.

Si vous décidez de participer à cette recherche, que vous soyez intéressé ou non, à divers degrés, par les jeux de hasard et d'argent, vous aurez à répondre à une série de questionnaires mesurant principalement votre fonctionnement conjugal (notamment la satisfaction, la communication et la sexualité dans le couple). D'autres questionnaires complèmentent ceux sur le couple, notamment des questionnaires sur l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme et sur le jeu excessif de même que des questionnaires d'information générale. Au total, il vous faudra environ deux à trois heures pour remplir ces questionnaires, mais vous êtes libre de prendre le temps que vous voulez et cela pourrait durer plus longtemps.

La passation des questionnaires aura lieu au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, mais pourrait aussi avoir lieu dans d'autres centres si cela s'avère plus commode pour les participants à cette recherche. La complétion des questionnaires par le couple se fera séparément. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et seront identifiées par un code. De plus, elles seront conservées dans des classeurs sous clef. Les résultats pourront être présentés dans des congrès, colloques ou dans des articles scientifiques, mais il s'agit de résultats globaux de cette recherche et non pas de résultats individuels. Il est entendu que la confidentialité des données recueillies dans cette étude s'applique autant aux participants qu'à leur conjointe. De plus, chacun des conjoints répond séparément et les réponses de chacun ne sont pas connues de l'autre.

Pour participer à cette étude, vous devez être âgé entre 18 et 75 ans et vivre en couple depuis au moins une année et accepter de répondre à des questionnaires en français. Votre conjointe doit également accepter de répondre aux questionnaires.

Les participants à cette étude pourront recevoir gratuitement suivant leur convenance une session de formation à la vie de couple qui sera animée par des membres du laboratoire

sur le couple et la sexualité du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et qui durera une journée.

Un autre bénéfice relié à la participation à cette étude est que les participants, en répondant à des questionnaires, peuvent être amenés à réfléchir sur leur vie de couple et tenter de trouver des solutions à des problématiques. Par contre, les participants peuvent parfois ressentir un inconfort relié aux questions posées dans les questionnaires. Notre équipe est là pour vous aider, pour répondre à vos questions et le cas échéant vous orienter si vous souhaitez entreprendre une démarche conjugale ou personnelle.

Enfin, comme contribution pour frais de participation à cette recherche, un montant de 15 \$ par couple vous sera accordé pour vos frais de déplacement.

Il est entendu que la participation à cette étude est volontaire. De plus, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pourrez vous retirer en tout temps sans justification ni préjudice.

Notre projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (secrétariat: service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, Succursale Centre-Ville, Qc, H3C 3P8). Il a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (950 de Louvain est, Montréal, Qc, H2M 2E8).

Sachez que toutes questions sur le projet, plaintes ou commentaires peuvent être adressés au responsable du projet, monsieur Gilles Trudel (téléphone: 987-3000 poste 4847). Pour toutes questions sur les responsabilités des chercheurs ou, dans l'éventualité où la plainte ne peut être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIER. Vous pouvez adresser vos questions à madame Louise Arvisais au 514-987-3000 poste 7753.

En tenant compte des informations spécifiées dans ce document, j'accepte volontiers de participer à cette recherche.

_____	Coordonnées du participant :
Date	_____
_____	_____
Nom du participant	_____
_____	_____
Signature du participant	
Nom de l'expérimentateur :	_____
Signature de l'expérimentateur :	_____

Formulaire de consentement-conjointe

Titre: **Fonctionnement conjugal associé aux jeux de hasard et d'argent**

Dans le cadre d'un projet de recherche de trois ans subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture et dirigé par les docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université de Montréal et du Centre de Recherche Fernand Séguin, l'objectif est d'étudier le lien existant entre le fonctionnement conjugal et le jeu excessif. Nous voulons savoir si ce lien existe, s'il est fonction de la sévérité du jeu excessif et de l'âge et quelles sont les dimensions de la relation conjugale impliquée dans cette relation.

Nous nous intéressons dans cette étude aux couples dans lesquels un des conjoints participe, à divers degrés, à des jeux de hasard et d'argent. D'autres participants pourront participer à cette étude sans manifester d'intérêt pour ce type d'activité car nous avons également besoin de ce type de participants pour des fins comparatives.

Si vous décidez de participer à cette étude à titre de conjointe d'un participant à cette recherche, vous aurez à répondre à une série de questionnaires mesurant principalement votre fonctionnement conjugal (notamment la satisfaction, la communication et la sexualité dans le couple). D'autres questionnaires complèmentent ceux sur le couple, notamment des questionnaires sur l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme et sur le jeu excessif de même que des questionnaires d'information générale. Au total, il vous faudra environ deux à trois heures pour remplir ces questionnaires, mais vous êtes libre de prendre le temps que vous voulez et cela pourrait durer plus longtemps.

La passation des questionnaires aura lieu au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, mais pourrait aussi avoir lieu dans d'autres centres si cela s'avère plus commode pour les participants à cette recherche. La complétion des questionnaires par le couple se fera séparément. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et seront identifiées par un code. De plus, elles seront conservées dans des classeurs sous clef. Les résultats pourront être présentés dans des congrès, colloques ou dans des articles scientifiques, mais il s'agit de résultats globaux de cette recherche et non pas de résultats individuels. Il est entendu que la confidentialité des données recueillies dans cette étude s'applique autant aux participants qu'à leur conjointe. De plus, chacun des conjoints répond séparément et les réponses de chacun ne sont pas connues de l'autre.

Vous participez donc à cette étude à titre de conjointe d'un participant de cette recherche et vous vivez en couple avec lui depuis au moins une année. Vous acceptez, de même que votre conjoint, à répondre à des questionnaires en français.

Les participants à cette étude pourront recevoir gratuitement, suivant leur convenance, une session de formation à la vie de couple qui sera animée par des membres du laboratoire sur le couple et la sexualité du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et qui durera une journée.

Un autre bénéfice relié à la participation à cette étude est que les participants, en répondant à des questionnaires, peuvent être amenés à réfléchir sur leur vie de couple et tenter de trouver des solutions à des problématiques. Par contre, les sujets peuvent parfois ressentir un inconfort relié aux questions posées dans les questionnaires. Notre équipe est là pour vous aider, pour répondre à vos questions et le cas échéant vous orienter si vous souhaitez entreprendre une démarche conjugale ou personnelle.

Enfin, comme contribution pour frais de participation à cette recherche, un montant de 15 \$ par couple vous sera accordé pour vos frais de déplacement.

Il est entendu que la participation à cette étude est volontaire. De plus, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pourrez vous retirer en tout temps sans justification ni préjudice.

Notre projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (secrétariat: service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, Succursale Centre-Ville, Qc, H3C 3P8). Il a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (950 de Louvain est, Montréal, Qc, H2M 2E8).

Sachez que toutes questions sur le projet, plaintes ou commentaires peuvent être adressés au responsable du projet, monsieur Gilles Trudel (téléphone: 987-3000 poste 4847). Pour toutes questions sur les responsabilités des chercheurs où, dans l'éventualité où la plainte ne peut être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIER. Vous pouvez adresser vos questions à madame Louise Arvisais au 514-987-3000 poste 7753.

En tenant compte des informations spécifiées dans ce document, j'accepte volontiers de participer à cette recherche.

Date

Nom de la conjointe

Signature de la conjointe

Coordonnées de la conjointe :

Nom de l'expérimentateur : _____

Signature de l'expérimentateur : _____

Formulaire de consentement-participante

Titre: Fonctionnement conjugal associé aux jeux de hasard et d'argent

Dans le cadre d'un projet de recherche de trois ans subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture et dirigé par les docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université de Montréal et du Centre de Recherche Fernand Séguin, l'objectif est d'étudier le lien existant entre le fonctionnement conjugal et le jeu excessif. Nous voulons savoir si ce lien existe, s'il est fonction de la sévérité du jeu excessif et de l'âge et quelles sont les dimensions de la relation conjugale impliquée dans cette relation.

Nous nous intéressons dans cette étude aux couples dans lesquels un des conjoints participe, à divers degrés, à des jeux de hasard et d'argent. D'autres participants pourront participer à cette étude sans manifester d'intérêt pour ce type d'activité car nous avons également besoin de ce type de participants pour des fins comparatives.

Si vous décidez de participer à cette recherche, que vous soyez intéressée ou non, à divers degrés, par les jeux de hasard et d'argent, vous aurez à répondre à une série de questionnaires mesurant principalement votre fonctionnement conjugal (notamment la satisfaction, la communication et la sexualité dans le couple). D'autres questionnaires complèteront ceux sur le couple, notamment des questionnaires sur l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme et sur le jeu excessif de même que des questionnaires d'information générale. Au total, il vous faudra environ deux à trois heures pour remplir ces questionnaires, mais vous êtes libre de prendre le temps que vous voulez et cela pourrait durer plus longtemps.

La passation des questionnaires aura lieu au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, mais pourrait aussi avoir lieu dans d'autres centres si cela s'avère plus commode pour les participants à cette recherche. La complétion des questionnaires par le couple se fera séparément. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et seront identifiées par un code. De plus, elles seront conservées dans des classeurs sous clef. Les résultats pourront être présentés dans des congrès, colloques ou dans des articles scientifiques, mais il s'agit de résultats globaux de cette recherche et non pas de résultats individuels. Il est entendu que la confidentialité des données recueillies dans cette étude s'applique autant aux participantes qu'à leur conjoint. De plus, chacun des conjoints répond séparément et les réponses de chacun ne sont pas connues de l'autre.

Pour participer à cette étude, vous devez être âgée entre 18 et 75 ans et vivre en couple depuis au moins une année et accepter de répondre à des questionnaires en français. Votre conjoint doit également accepter de répondre aux questionnaires.

Les participants à cette étude pourront recevoir gratuitement suivant leur convenance une session de formation à la vie de couple qui sera animée par des membres du laboratoire

sur le couple et la sexualité du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et qui durera une journée.

Un autre bénéfice relié à la participation à cette étude est que les participants, en répondant à des questionnaires, peuvent être amenés à réfléchir sur leur vie de couple et tenter de trouver des solutions à des problématiques. Par contre, les participants peuvent parfois ressentir un inconfort relié aux questions posées dans les questionnaires. Notre équipe est là pour vous aider, pour répondre à vos questions et le cas échéant vous orienter si vous souhaitez entreprendre une démarche conjugale ou personnelle.

Enfin, comme contribution pour frais de participation à cette recherche, un montant de 15 \$ par couple vous sera accordé pour vos frais de déplacement.

Il est entendu que la participation à cette étude est volontaire. De plus, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pourrez vous retirer en tout temps sans justification ni préjudice.

Notre projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (secrétariat: service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, Succursale Centre-Ville, Qc, H3C 3P8). Il a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (950 de Louvain est, Montréal, Qc, H2M 2E8).

Sachez que toutes questions sur le projet, plaintes ou commentaires peuvent être adressés au responsable du projet, monsieur Gilles Trudel (téléphone: 987-3000 poste 4847). Pour toutes questions sur les responsabilités des chercheurs où, dans l'éventualité ou la plainte ne peut être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIER. Vous pouvez adresser vos questions à madame Louise Arvisais au 514-987-3000 poste 7753.

En tenant compte des informations spécifiées dans ce document, j'accepte volontiers de participer à cette recherche.

_____	Coordonnées de la participante :
Date	_____
_____	_____
Nom de la participante	_____
_____	_____
Signature de la participante	
Nom de l'expérimentateur :	_____
Signature de l'expérimentateur :	_____

Formulaire de consentement-conjoint**Titre: Fonctionnement conjugal associé aux jeux de hasard et d'argent**

Dans le cadre d'un projet de recherche de trois ans subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture et dirigé par les docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université de Montréal et du Centre de Recherche Fernand Séguin, l'objectif est d'étudier le lien existant entre le fonctionnement conjugal et le jeu excessif. Nous voulons savoir si ce lien existe, s'il est fonction de la sévérité du jeu excessif et de l'âge et quelles sont les dimensions de la relation conjugale impliquée dans cette relation.

Nous nous intéressons dans cette étude aux couples dans lesquels un des conjoints participe, à divers degrés, à des jeux de hasard et d'argent. D'autres participants pourront participer à cette étude sans manifester d'intérêt pour ce type d'activité car nous avons également besoin de ce type de participants pour des fins comparatives.

Si vous décidez de participer à cette étude à titre de conjoint d'une participante à cette recherche, vous aurez à répondre à une série de questionnaires mesurant principalement votre fonctionnement conjugal (notamment la satisfaction, la communication et la sexualité dans le couple). D'autres questionnaires complètent ceux sur le couple, notamment des questionnaires sur l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme et sur le jeu excessif de même que des questionnaires d'information générale. Au total, il vous faudra environ deux à trois heures pour remplir ces questionnaires, mais vous êtes libre de prendre le temps que vous voulez et cela pourrait durer plus longtemps.

La passation des questionnaires aura lieu au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, mais pourrait aussi avoir lieu dans d'autres centres si cela s'avère plus commode pour les participants à cette recherche. La complétion des questionnaires par le couple se fera séparément. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et seront identifiées par un code. De plus, elles seront conservées dans des classeurs sous clef. Les résultats pourront être présentés dans des congrès, colloques ou dans des articles scientifiques, mais il s'agit de résultats globaux de cette recherche et non pas de résultats individuels. Il est entendu que la confidentialité des données recueillies dans cette étude s'applique autant aux participantes qu'à leur conjoint. De plus, chacun des conjoints répond séparément et les réponses de chacun ne sont pas connues de l'autre.

Vous participez donc à cette étude à titre de conjoint d'une participante de cette recherche et vous vivez en couple avec elle depuis au moins une année. Vous acceptez, de même que votre conjointe, à répondre à des questionnaires en français.

Les participants à cette étude pourront recevoir gratuitement, suivant leur convenance, une session de formation à la vie de couple qui sera animée par des membres du laboratoire sur le couple et la sexualité du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et qui durera une journée.

Un autre bénéfice relié à la participation à cette étude est que les participants, en répondant à des questionnaires, peuvent être amenés à réfléchir sur leur vie de couple et tenter de trouver des solutions à des problématiques. Par contre, les sujets peuvent parfois ressentir un inconfort relié aux questions posées dans les questionnaires. Notre équipe est là pour vous aider, pour répondre à vos questions et le cas échéant vous orienter si vous souhaitez entreprendre une démarche conjugale ou personnelle.

Enfin, comme contribution pour frais de participation à cette recherche, un montant de 15 \$ par couple vous sera accordé pour vos frais de déplacement.

Il est entendu que la participation à cette étude est volontaire. De plus, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pourrez vous retirer en tout temps sans justification ni préjudice.

Notre projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (secrétariat: service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Qc, H3C 3P8). Il a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (950 de Louvain est, Montréal, Qc, H2M 2E8).

Sachez que toutes questions sur le projet, plaintes ou commentaires peuvent être adressés au responsable du projet, monsieur Gilles Trudel (téléphone: 987-3000 poste 4847). Pour toutes questions sur les responsabilités des chercheurs ou, dans l'éventualité où la plainte ne peut être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIER. Vous pouvez adresser vos questions à madame Louise Arvisais au 514-987-3000 poste 7753.

En tenant compte des informations spécifiées dans ce document, j'accepte volontiers de participer à cette recherche.

_____	Coordonnées du conjoint :
Date	_____
_____	_____
Nom du conjoint	_____
_____	_____
Signature du conjoint	
Nom de l'expérimentateur :	_____
Signature de l'expérimentateur :	_____

APPENDICE I

LISTE DE RESSOURCES REMISE AUX PARTICIPANTS DANS LE BESOIN

Ressources disponibles



- **Aide juridique:** 514 849-9488
- **Centre de services psychologiques de l'UQAM :** 514 987-0253
- **Ordre des psychologues du Québec:** 514 738-1881
- **Alcooliques Anonymes:** 514 376-9230
- **Suicide Action Montréal :** 514 723-4000
- **Centre d'écoute et de référence Halte Ami :** 514 987-8509
- **L'As de cœur :** 450 442-9566 Écoute téléphonique
- **Gamblers Anonymes :** 450 484-6666 ou 1 800 461-0140
- **Jeu : aides et références :** 514 527-0140 Centre de référence et écoute téléphonique
- **Centre de traitement des dépendances :** 1 800 461-1234
- **Maison Claude Bilodeau :** 1 877 387-7071 Centre d'hébergement et de thérapie pour le jeu
- **Centre Dollard-Cormier :** 514 385-0046 Centre de thérapie pour le jeu
- **Maison Jean Lapointe :** 514 288-2611
- **Livre :** **Le jeu excessif :** comprendre et vaincre le gambling
Auteur : Robert Ladouceur

Laboratoire sur le Couple et la Sexualité UQAM : 514 987-3000, poste 6725

APPENDICE J

TABLEAUX DES CORRÉLATIONS VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET VARIABLES DÉPENDANTES

- J.1 Corrélations des variables sociodémographiques et des variables dépendantes pour la condition joueur/participant
- J.2 Corrélations des variables sociodémographiques et des variables dépendantes pour la condition partenaire

Tableau J.1

Corrélations des variables sociodémographiques et des variables dépendantes pour la condition joueur/participant ($N = 107$)

Variables	ÉAD ^a	QCI-Votre fréquence ^b	QCI-Sa fréquence ^c	IRP ^d
Sexe joueur	-0,18	-0,04	0,25	0,09
Âge partenaire	-0,03	0,08	-0,02	-0,05
État civil	0,07	0,05	0,08	-0,15
Durée de la relation	-0,07	0,01	-0,07	0,00
Nombre enfant	0,05	-0,02	0,08	-0,10
Scolarité joueurs	0,23	0,11	0,15	-0,39*
Scolarité partenaires	0,12	0,10	0,30*	-0,15
Revenus joueurs	0,07	0,15	0,26	-0,12
Revenus partenaire	0,12	0,13	0,11	-0,05
Occupation joueurs	-0,03	-0,03	0,09	0,14
Occupation partenaires	-0,07	0,03	0,05	0,11
Origine ethnique joueurs	-0,03	0,08	-0,04	-0,08
Origine ethnique partenaires	-0,05	0,20	0,01	-0,10
Durée du problème de jeu	-0,15	0,25	-0,07	-0,12

^a Échelle d'ajustement dyadique; ^b Questionnaire sur la communication interpersonnelle, sous-échelle *votre fréquence*; ^c Questionnaire sur la communication interpersonnelle, sous-échelle *sa fréquence*; ^d Inventaire de résolution de problème.

* $r \geq 0,30$, mais étant donné que ce sont les deux seules variables, la covariable n'est pas justifiée.

Tableau J.2

Corrélations des variables sociodémographiques et des variables dépendantes pour la condition partenaire ($N = 107$)

Variables	ÉAD ^a	QCI-Votre fréquence ^b	QCI-Sa fréquence ^c	IRP
Sexe joueur	-0,28	-0,02	-0,37*	0,06
Âge joueur	-0,08	0,05	-0,10	-0,08
Âge partenaire	0,00	0,16	0,03	-0,10
État civil	0,04	0,11	0,16	0,06
Durée de la relation	-0,01	0,02	-0,05	-0,10
Nombre enfant	0,04	-0,06	0,03	0,10
Scolarité joueurs	0,20	0,10	0,16	0,03
Scolarité partenaires	0,10	0,24	0,03	-0,26
Revenus joueurs	0,07	0,17	0,06	-0,05
Revenus partenaire	0,11	0,10	0,19	-0,13
Occupation joueurs	-0,02	-0,12	0,01	0,20
Occupation partenaires	-0,06	-0,08	0,07	0,23
Origine ethnique joueurs	0,10	0,16	0,18	0,04
Origine ethnique partenaires	0,01	0,02	0,10	-0,12
Durée du problème de jeu	-0,02	0,04	0,07	0,07

^a Échelle d'ajustement dyadique; ^b Questionnaire sur la communication interpersonnelle, sous-échelle *votre fréquence*; ^c Questionnaire sur la communication interpersonnelle, sous-échelle *sa fréquence*; ^d Inventaire de résolution de problème.

* $r \geq 0,30$, mais étant donné qu'il s'agit de la seule variable, la covariable n'est pas justifiée.

[Cette page a été laissée intentionnellement blanche]

[Cette page a été laissée intentionnellement blanche]

[Cette page a été laissée intentionnellement blanche]

RÉFÉRENCES

- Abbott, D. A., Cramer, S. L., & Sherrets, S. D. (1995). Pathological gambling and the family: Practice implications. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 76, 213-219.
- Abbott, D. A., & Volberg, R. A. (1996). The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 143-160.
- American Psychiatric Association (1985). Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd TR. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th TR. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2011). DSM-5 Development, [En ligne] :www.dsm5.org (page consultée le 13 mai 2011).
- Anderson, A. (2007). Impact sur le désir sexuel d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez les couples retraités. Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 25-34.
- Bazargan, M., Bazargan, S. H., & Akanda, M. (2002). Gambling habits among aged African Americans. *Clinical Gerontologist*, 22, 51-62.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck depression inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beach, S. R., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression and marriage*. New York: Guilford Press.
- Beaudry, M., & Boisvert, J. M. (1988). *Psychologie du couple : Quand la science se met à parler d'amour*. Montréal : Éditions du Méridien.

- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J., & Lasnier, B. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24, 393–409.
- Boutin, C., & Ladouceur, R. (2006). Y a-t-il un joueur dans votre entourage, tout ce que les proches doivent savoir. Les Éditions de l'Homme, 176 pages.
- Boyd, W. H., & Bolen, D. W. (1970). The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 20, 77-90.
- Boyer, R. et al. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec, *Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 339-343.
- Brown, S. L. (2000). The effect of union type on psychological well-being : Depression among cohabitators versus marrieds, *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 241-255.
- Burge, N. A., Pietrzak, H. R., Molina, A. C., & Petry, M. N. (2004). Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *Psychiatric services*, 55, 1437-1439.
- Burger, A. L., & Jacobson, N. S. (1979). The relationship between sex role characteristics, couple satisfaction and couple problem-solving skills. *American Journal of Family Therapy*, 7, 52-60.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood : Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Castonguay, A. (2004). Le Devoir, Les actualités, samedi 10 avril 2004, p. A1.
- Cattell, R. B., & Sheier, I. H. (1957). Handbook for the IPAT anxiety scale. Champaign, IL: Institute for personality and ability testing.
- Chevalier, S., & Allard, D. (2001). *Jeu pathologique et joueurs problématiques : le jeu à Montréal*. Institut national de la santé publique du Québec.
- Chevalier, S., Hamel, D., Ladouceur, R., Jacques, C., Allard, D., & Sévigny, S. (2004). Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002. Montréal et Québec, Institut national de santé publique du Québec et Université Laval.
- Chevalier, S., & Papineau, É. (2007). *Analyse des effets sur la santé des populations des projets d'implantation de salon de jeux et d'hippodromes au Québec*. Rapport déposé aux directeurs régionaux de santé publique.

- Ciarrocchi, J., & Hohmann, A. A. (1989). The family environment of married male pathological gamblers, alcoholics, and dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 283-291.
- Cormier, D. (1962). Manuel de l'échelle d'anxiété IPAT. Ottawa, Québec, Canada : Institut de recherches psychologiques.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Michaud, V. (2004). Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-Based Interview in a community survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 258-264.
- Cox, B. J., Kwong, J., Michaud, V & Enns, M. W. (2000). Problem and probable pathological gambling: considerations from a community survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 548-553.
- Crockford, D. N., & El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43-50.
- Davila, J., Bradbury, T. N., Cohan, C. L., & Tochluk, S. (1997). Marital functioning and depressive symptoms : Evidence for a stress generation model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 849-861.
- Dickson-Swift, V. A., James, E. L., & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13, 1-22.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International journal of Mental Health Addiction*, 7, 29-44.
- Dozois, D. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the beck depression inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Elia, C., & Jacobs, D. F. (1993). The incidence of pathological gambling among native Americans treated for alcohol dependence. *The International Journal of the Addictions*, 28, 659-666.
- Enquête ENHJEU-Québec (2010). Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans. Montréal, Québec, Canada. Université Concordia et Université de Montréal.
- Epstein, E. E. & McCrady, B. S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18, 689-711.
- Ferland, F., Fournier, P-M., Ladouceur, R., Brochu, P., Bouchard, M., & Pâquet, L. Consequences of pathological gambling on the gambler and his spouse. *Journal of Gambling Issues*, 22, 219-229.

- Ferris, J. & Wynne, H. (2001). *L'Indice canadien du jeu excessif : rapport final*. Canadian consortium for gambling research, 19 février 2001.
- Gallup Poll (1989). Gambling on the rise, lotteries lead the way. In Abbott, D. A., Cramer, S. L., & Sherrets, S.D. (1995). Pathological gambling and the family: Practice implications. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 76, 213-219.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 3, 13-27.
- Gotlib, I. H., & Beach, S. R. H. (1995). A marital/family discord model of depression: Implications for therapeutic intervention. In N. S. Jacobson, & A. S. Gurman (Eds). *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 411-436). New York: Guilford Press.
- Grant Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6, 31-60.
- Hammen, C. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.
- Hickey, J. E., Haertzen, C. A., & Henningfield, J. E. (1986). Brief report simulation of gambling responses on the addiction research center inventory. *Addictive Behaviors*, 11, 345-349.
- Hodgins, D. C., Wynne, H., & Makarchuk, K. (1999). Pathways to recovery from gambling problems: Follow-up from a general population survey. *Journal of Gambling Studies*, 15, 93-104.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Jones, R. A. (1968). Irrational Beliefs Test. A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International*, 29, 4379-4380.
- Jonhson, E. E., & Nora, R. M. (1992). Does spousal participation in gamblers anonymous benefit compulsive gamblers?. *Psychological Reports*, 71(3, Pt 1), 914.
- Kausch, O. (2004). Pathological gambling among elderly veterans. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 17, 13-19.
- Keller, M. (1974). Trends in treatment of alcoholism. In Special second report to the U.S. Congress on alcohol and health. (pp. 145-167). Washington, DC: Department of Health, Education, and Welfare.

- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.
- Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Benishek, L. A., & Harrington, V. M. (2005). The significant other checklist: measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addictive Behaviors*, 30, 29-47.
- Ladd, G. T., Molina, C. A., Kerins, G. J., & Petry, N. M. (2003). Gambling participation and problem among older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 16, 172-177.
- Ladouceur, R. (1996). Prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12, 129-142.
- Ladouceur, R., Arsenault, C., Dubé, D., Freeston, M. H., & Jacques, C. (1997). Psychological characteristics of volunteers in studies on gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13, 69-84.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Sylvain, C. (2000b). Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Québec, Québec, Canada : Centre pour la prévention et le traitement du jeu, Université Laval.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., & Doucet C. (2000a). Le jeu excessif : Comprendre et vaincre le gambling. Canada, Québec, Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel D., & Allard, D. (2004a). Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002. Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec.
- Ladouceur, R., Sylvain C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., Dufour, C., & Pilote, P. (2004b). Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement. Québec, Université Laval.
- Las Vegas Convention and Visitors Authority (2011). *Mesquite visitor profile, calendar year 2011 annual report*. Préparé par GLS Research. San Francisco: États-Unis.
- Laughrea, K., Bélanger, C., & Wright, J. (1996). L'inventaire de l'expérience de la colère en situation sociale et conjugale : Validation auprès de la population adulte québécoise. *Science et Comportement*, 25, 71-95.
- Lee, B. K. (2009). Congruence couple therapy for pathological gambling. *International Journal of Mental Health Addiction*, 7, 45-67.

- Lee, B. K. (2002). Well-being by choice not by chance: An integrative, system-based couple treatment model for problem gambling. Report prepared for the Ontario problem gambling research centre.
- Lessieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS) : A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1993a). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 9, 213-219.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1993). Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 89-102.
- Leonard, K. E., & Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression newlywed couples. In Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18, 689-711. 45-67.
- Lester, D. (1980). The treatment of compulsive gambling. In Does spousal participation in gamblers anonymous benefit compulsive gamblers?. *Psychological Reports*, 71(3, Pt 1), 914.
- Levens, S., Dyer, A-M., Zubritsky, C., Knott, K., & Oslin, D.W. (2005). Gambling among older, primary-care patients, an important public health concern. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 69-76.
- Lobsinger, C., & Beckett, L. (1996). Odds to break even: A practical approach to gambling awareness. Sydney: Relationships Australia Inc.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- Lorenz, V. C., & Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, 67-76.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1986). Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 40-49.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problem in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 113-125.

- Mazzoleni, M. H. B., Gorenstein, C., Fuentes, D., & Tavares, H. (2009). Wives of pathological gamblers: personality traits, depressive symptoms and social adjustment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 332-337.
- McCartney, J. (1995). Addictive behaviours: Relationship factors and their perceived influence on change. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 121, 39-64.
- McComb, J. L., Lee, B. K., & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 415-431.
- McCready, J. & Adlaf, E. (2006). *Rendement et bonification de l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) : Rapport et recommandations*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 20 septembre 2006.
- McCready, J., Mann, R. E., Zhao, J., & Eves, R. (2008). Correlates of gambling-related problems among older adults in Ontario. *Journal of Gambling Issue*, 22, 174-194.
- McCready, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral treatment for men: Outcomes at 6 months. *Addiction*, 94, 1381-1396.
- McCready, B. S., Stout, R., Noel, N., Abrams, D., & Nelson, H. F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioural alcoholism treatment. *British Journal of Addiction*, 86, 1415-1424.
- McLellan, A. T. (2006). What we need is a system: Creating a responsive and effective substance abuse treatment system. In W. R. Miller, & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 275-292). New York: Guilford Press.
- McNeilly, D. P., & Burke, W. J. (2000). Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. *Journal of Gambling Studies*, 16, 393-415.
- McNeilly, D. P., & Burke, W. J. (2001). Gambling as a social activity of older adults. *International Journal of Aging & Human Development*, 52, 19-28.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27, 944-958.
- Moore, T. (2001). *Older adult gambling in Oregon: an epidemiological survey*. Salem, OR: Oregon Gambling Addiction Treatment Foundation.
- National Gambling Impact Study Commission (NGISC) (1999). *Final report*. Washington, DC : États-Unis. Government Printing Office. [En ligne] : www.govinfo.library.unt.edu/ngisc/ (page consultée le 28 septembre 2008).

- National Opinion Research Center (NORC) (1999). *Gambling impact and behavior study*. Rapport du National Gambling Impact Study Commission. Chicago: NORC.
- National Research Council (1999). *Pathological gambling : A critical review*. Washington, DC : National Academy Press.
- O'Brien, C. (2011). Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. *Counselling Psychology Review*, 26, 53-61.
- O'Farrell, T. J. (1994). Marital therapy and spouse-involved treatment with alcoholic patients. *Behavior Therapy*, 25, 391-406.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S. G., Brown, E. D., & McCourt, W. F. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol*, 27, 7-24.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S.G., Choquette, K. A., Floyd, F. J., & Bayog, R.D. (1992). Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the to years after treatment. *Behavior Therapy*, 23, 529-549.
- O'Farrell, T. J., Cutter, H. S. G., & Floyd, F. J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16, 147-167.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 51-54.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2003). Marital and family therapy. In R.K. Hester, & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed.: pp.188-212). Boston: Allyn and Bacon.
- O'Farrell, T. J. et Rotunda, R. J. (1997). Couples interventions and alcohol abuse. In Halford, W. K., & Markman, H. J. (eds.). *Handbook of marriage and couples interventions*. New York: Wiley.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B-H., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Pelletier, O., Ladouceur, R., & Rhéaume, J. (2008). Personality disorders and pathological gambling: Comorbidity and treatment dropout predictors. *International gambling studies*, 8, 299-313.
- Petry, M. N. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *The Gerontologist*, 42, 92-99.

- Petry, M. N. (2005). Pathological gambling, etiology, comorbidity, and treatment. États-Unis, Washington: American psychological association.
- Petry, M. N. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*, 101 (suppl.1), 152-160.
- Philippe, F. & Vallerand, R.J. (2007). Prevalence rates of gambling problems in Montreal, Canada: A look at old adults and the role of passion. *Journal of Gambling Studies*, 23, 275-283.
- Pietrzak, R. H., Morasco, B. J., Blanco, C., Grant, B. F., & Petry, N. M. (2007). Gambling leveland psychiatric and medical disorders in older adults: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 301-313.
- Pilon, G. (2010). Évaluation du fonctionnement sexuel, de la détresse psychologique et de la perception de la santé physique et mentale chez des couples ayant participé à un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle. Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Poirier-Arbour, A., Trudel, G., Boyer, R., Harvey, P., & Goldfarb, M. R.. (sous-presse). Correlates of depressive symptom severity in problem and pathological gamblers in couple relationships. *Journal of Gambling Studies*.
- Pokorny, A. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1972). The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American journal of psychiatry*, 129, 342-345.
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 952-962.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Québec, Québec, Canada : Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clark, D., Hodgins, D., & Williams, J. (2009). Reasons for seeking help for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25, 19-32.
- Rotunda, R. J., & O'Farrell, T. J. (1997). Marital and family therapy of alcohol use disorders: Bridging the gap between research and practice. *Professional Psychology Research and Practice*, 28, 246-252.

- Shaffer, H. J., Hall, M. N. & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health, 89*, 1369-1376.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., & Leo, G. I. (2000). Does enhanced social support improve outcomes for problem drinkers in guided self-change treatment?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 31*, 41-54.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Edmonson, K. M., Johnson, P. E., & Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies, 12*, 67-81.
- Spielberger, C. D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Ressources.
- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies, 9*, 153-167.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry, 160*, 180-182.
- Stinchfield, R., Govoni, R., & Frisch, G. R. (2005). DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling : reliability, validity and classification accuracy. *American Journal on Addictions, 14*, 73-82.
- Stitt, G. B., Giacomassi, D., & Nichols, M. (2003). Gambling among older adults: A comparative analysis. *Experimental Aging Research, 29*, 189-203.
- Tepperman, J. H. (1985). The effectiveness of short-term group therapy upon the pathological gambler and wife. *Journal of Gambling Behavior, 1*, 119-130.
- Toce-Gerstein, M., Gerstein, D. R., & Volberg, R. A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction, 98*, 1661-1672.
- Toneatto, T., & Millar, G. (2004). Assessing and treating problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 517-525.
- Trudel, G., & Golfarb, M. R. (2010). Fonctionnement et dysfonctionnement conjugal et sexuel, dépression et anxiété. *Sexologies, 19*, 164-169.

- Trudel, G., Villeneuve, L., Préville, M., Boyer, R., & Fréchette, V. (2010). Dyadic adjustment, sexuality and psychological distress in older couples. *Sexual and Relationship Therapy, 25*, 306-315.
- Trudel, G., Boyer, R., Villeneuve, V., Anderson, A., Pilon, G., & Bounader, J. (2008). The marital life and aging well program : Effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. *Sexual and Relationship Therapy, 23*, 5-23.
- Tse, S., Hong, S.I., Wang, C.W., & Cunningham-Williams, R.M. (2012). Gambling behavior and problems among older adults: a systematic review of empirical studies. *Journals of Gerontology Series B: Psychological sciences and social sciences, 67*, 639-652.
- Vézina, J., Landreville, P., Bourque, P., & Blanchard, L. (1991). Questionnaire de dépression de Beck : Étude psychométrique auprès d'une population âgée francophone. *Revue canadienne du vieillissement, 10*, 29-39.
- Villeneuve, V. (2006). Évaluation de l'ajustement dyadique, de la communication et de la résolution de conflits chez des couples retraités ayant participé à un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle. Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Volberg, R. A., & Steadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *The American Journal of Psychiatry, 145*, 502-505.
- Volberg, R. A., & Steadman, H. J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *The American Journal of Psychiatry, 146*, 1618-1619.
- Walitzer, K. S., & Dermen, K. H. (2004). Alcohol-focused spouse involvement and behavioral couples therapy: Evaluation of enhancements to drinking reduction treatment for male problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 944-955.
- Walker, G. (1985). The brief therapy of a compulsive gambler. *Journal of Family Therapy, 7*, 1-8.
- Weinstock, J., Burton, S., Rash, C. J., Moran, S., Biller, W., Krudelbach, N., Phoenix, N., & Morasco, B. J. (2011, April 11). Predictors of engaging in problem gambling treatment: Data from the West Virginia Problem Gamblers Help Network. *Psychology of Addictive Behaviors*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0023240
- Welte J., Barnes G., Wieczorek W., Tidwell M. C., & Parker J. (2001). Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studying Alcohol, 62*, 706-712.

- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., & Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S.- result from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18, 313-337.
- Wesson, D. R., Havassy, B. E. et Smith, D. E. (1986). Theories of relapse and recovery and their implications for drug abuse treatment. Bethesda, Maryland.
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Children and Family psychological revue*, 15, 4-13.
- Wiebe, J., & Cox, B. J. (2005). Problem and pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R. *Journal of Gambling Studies*, 21, 205-221.
- Wildman, R. W. (1989). Pathological gambling: marital-familial factors, implications, and treatments. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 293-301.
- Zaraneck, R. R., & Lichtenberg, P. A. (2008). Urban elders and casino gambling: Are they at risk of a gambling problem? *Journal of Aging Studies*, 22, 13-23.
- Zion, M. M, Tracy, E., & Abell, N. (1991). Examining the relationship between spousal involvement in Gam-Anon and relapse behavior in pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7, 117-131.